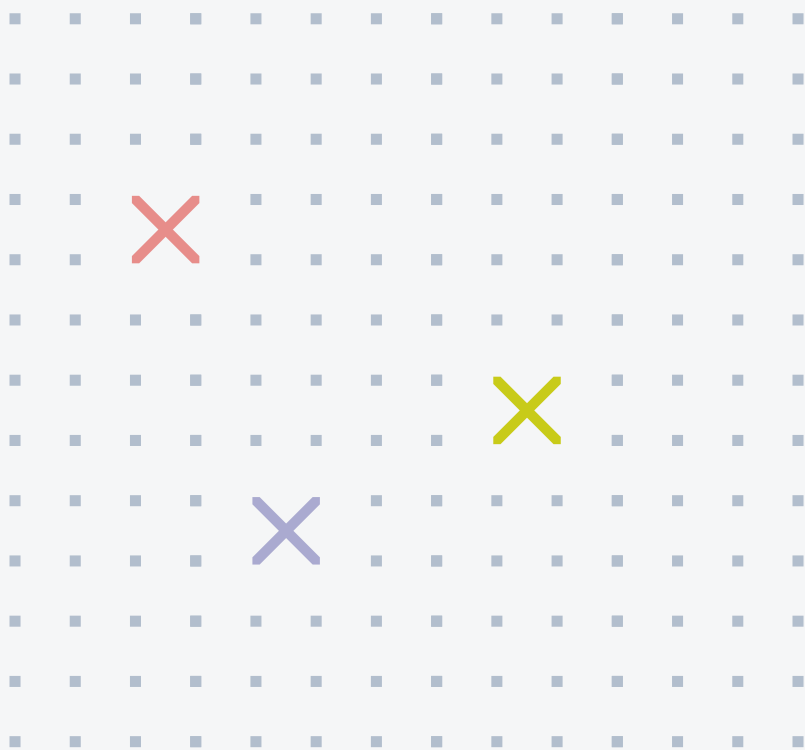


SERIE INVESTIGACIONES

Nuevas políticas en salud mental: desafíos para la intervención interdisciplinaria



Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte
Especializado en salud mental y adicciones,
EX CENARESOL



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales



Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte
Especializado en salud mental y adicciones,
EX-GENARESO

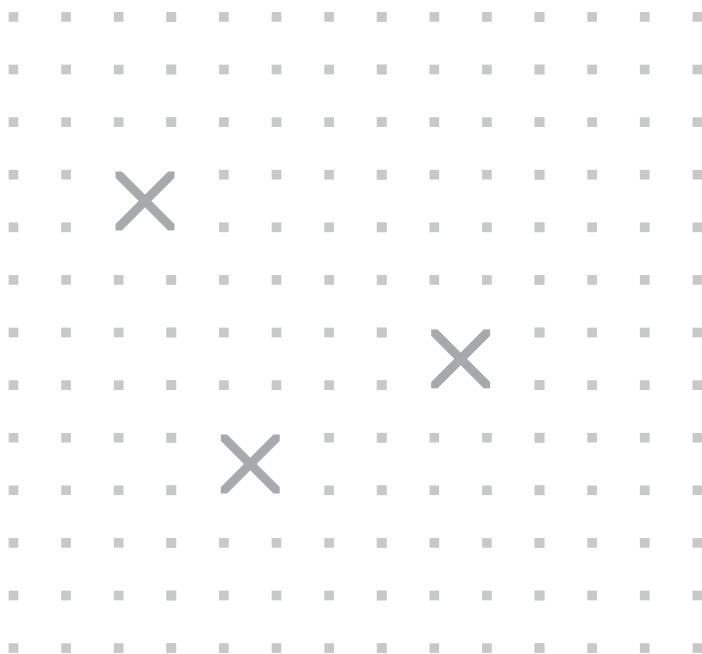
Nuevas políticas en
salud mental: desafíos
para la intervención
interdisciplinaria

DIRECTORA DE EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE:

Edith Benedetti

SERIE INVESTIGACIONES

Nuevas políticas en salud mental: desafíos para la intervención interdisciplinaria



Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte
Especializado en salud mental y adicciones,
EX-GENARESO

Nuevas políticas en salud mental: desafíos para la intervención interdisciplinaria/ AA. VV.; editado por Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira; con prólogo de Edith Benedetti e introducción de Marcela Raiden. - 1ra. ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, 2015.

296 p., 21 x 13,5 cm.

ISBN 978-987-45365-5-6

1. Adicciones. 2. Salud Mental. 3. Investigación. I. Cantarelli, Mariana, ed. II. Camilo de Oliveira, Mariana, ed. III. Benedetti, Edith, pról. IV. Raiden, Marcela, introd. V. Título.

CDD 362.29

Ediciones Licenciada Laura Bonaparte:

Directora de la editorial: Edith Benedetti

Coordinadoras académicas de la editorial:

Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira

Asistente en la coordinación editorial:

Natascha Ikonicoff

Combate de los Pozos 2133

C1245AAS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

Argentina.

www.cenareso.gov.ar

formacion@cenareso.gob.ar

Nuevas políticas en salud mental: desafíos para la intervención interdisciplinaria

Serie Investigaciones

Editoras responsables del volumen: Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira

Traducción al portugués de los resúmenes de los informes: Mariana Camilo de Oliveira

Coordinadora de la edición: Ana Kuschnir

Diseñador: Leonardo Ferraro

Diagramadora: Silvana Ferraro

Correctora: Roberta Zucchello

© 2015 Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

1ra. edición del presente volumen.

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723.

Libro de edición argentina.

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Autoridades

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Daniel Gollan

Secretario de Políticas, Regulación e Institutos

Dr. Mario Rovere

Subsecretario de Gestión de Servicios Asistenciales

Dr. Carlos Devani

**Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte
especializado en salud mental y adicciones
(ex CeNaReSo)**

Interventora general

Lic. Edith Benedetti

**Interventor departamento administrativo,
financiero y servicios generales**

Cdor. Pablo Cuadros

Índice

- 13 > **Prólogo**, por Edith Benedetti
- 17 > **Introducción**, por Marcela Raiden

Parte I

Informes finales de investigación

- 23 > El lazo social en la clínica de las psicosis. Una contribución teórico-clínica en el marco de las políticas de inclusión social de la Ley N.º 26.657. Estudio exploratorio en un Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), por Carolina Paola Alcuaz
- 53 > La salud mental de las mujeres desde una perspectiva de género. Una mirada desde el dispositivo de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), por Pablo Catalán, Gabriela de Lucía, Eduardo Fernández y Mara Graber

- 125 > Estrategias en salud sexual y reproductiva en mujeres con uso problemático de drogas. Aspectos biopsicosociales desde la perspectiva de la reducción de daños, por Natacha Gordó y Bibiana Edith Schiazzano
- 161 > Experiencias traumáticas infantiles y consumo problemático de sustancias, por Alejandro Nelson Covetta

Parte II

Informes de avance de investigación

- 175 > Las miradas como prácticas transformadoras en los vínculos sociales. Estudio exploratorio con jóvenes en situación de pasillo en el barrio de Zavaleta, por Yamila Abal y Paula Cabanchik
- 197 > El dispositivo Casa Amigable de Zavaleta, construyendo nuevas formas de abordaje territorial de la salud mental comunitaria. Un estudio exploratorio, por Marina Anido, Silvana Lorena Ghiselli y Gabriela Inés Mastellone
- 227 > Comorbilidad diagnóstica entre personalidad patológica y uso problemático de sustancias. Estudio cuantitativo de pacientes en tratamiento en dispositivos ambulatorios del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), por Leonardo Ghioldi e Ignacio Peleretegui
- 245 > Evaluación de la calidad de vida y el estado de salud percibidos por personas en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en el Servicio de Consultorios Externos

del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo),
por Ana Carolina Bruno y Natalia Lorea

- 257 › Factores de contexto y consumo de sustancias psicoactivas.
Un estudio exploratorio-descriptivo, por María Lorena Battán
Carabajal, Alejandra Bossi y Carlos Ariel Morales
- 273 › Los motivos de consulta en un dispositivo de Atención
a la Demanda Espontánea en el Servicio de Niñas, Niños
y Adolescentes del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo).
Estudio exploratorio cualitativo y cuantitativo,
por Carolina Paola Alcuaz y Pablo Andrés Coronel
- 291 › Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte,
por Edith Benedetti

Prólogo

La publicación del primer volumen de la serie Investigaciones del sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte integra un proceso institucional y académico que se inicia con la creación en 2013 del Área de Investigación y el Programa de Becas de Investigación «Lic. Ernesto Coteló», en el marco del *Plan estratégico 2013-2015* del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Tanto la creación del Área de Investigación como el Programa de Becas –con tres convocatorias en su haber: las convocatorias 2013-2014 y 2014-2015, exclusivas para los profesionales del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), y la convocatoria 2015-2016 destinada a profesionales e instituciones de todo el país– constituye sin dudas una novedad para la historia de la institución.

Ahora bien, la estimulación de la investigación vinculada con la salud mental y las adicciones responde a la necesidad de posicionar al Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex

CeNaReSo) como centro de referencia nacional en materia de asistencia, formación e investigación en el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Pero también a la necesidad de producir conocimiento científico *en y desde* un hospital nacional de gestión estatal. Tratándose de salud mental y adicciones, la producción de conocimiento científico asociada con el hospital en particular y con el sistema sanitario en general resulta estratégica por distintas razones, y aquí interesa resaltar al menos dos. En primer lugar, porque el conocimiento científico producido en el hospital surge con la pretensión de reflexionar sobre la propia práctica y por eso no se agota en la dimensión teórica, siempre necesaria pero insuficiente cuando se trata de diseñar e implementar políticas públicas sanitarias. En segundo lugar, porque entendemos que el hospital y sus agentes producen conocimiento científico valioso; por ejemplo, cuando investigan sobre las intervenciones clínicas en el marco de un proyecto institucional, las políticas públicas desarrolladas, las características subjetivas, sociales y epidemiológicas de los pacientes o los dispositivos clínicos e institucionales implementados en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

Asimismo, cuando imaginamos a los lectores de los informes de investigación que componen este libro, imaginamos –en principio– a profesionales y futuros profesionales de la salud mental y las adicciones. Pero muy especialmente a los equipos sanitarios de los diversos niveles de la Administración Pública (nacional, provincial y municipal) que se enfrentan con el desafío de desarrollar políticas públicas en un contexto epocal poblado de transformaciones institucionales, culturales, sociales y subjetivas que ponen en cuestión la formación y los saberes previos.

Por otra parte, el lector observará que los resúmenes de los informes de investigación –que se pueden leer al comenzar cada trabajo– están disponibles en castellano y en portugués. Sobre lo primero no

hay nada que aclarar pero resulta necesario hacerlo en el segundo caso. La presencia de los resúmenes también en portugués forma parte de una serie de acciones de intercambio y colaboración científica entre el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) y diversas instituciones universitarias y asistenciales de la República Federativa de Brasil que incluye, por ejemplo, la participación en congresos y jornadas científicas, la rotación de residentes, la firma de convenios de cooperación académica entre ambos países, etc. Esta conversación, en lengua castellana y portuguesa, no se agota en un ejercicio lingüístico sino que pretende ser un espacio de reflexión y de trabajo compartido sobre la salud mental y las adicciones desde una perspectiva latinoamericana.

Como señalamos al iniciar el prólogo, el Área de Investigación del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) es una creación reciente y joven. Por eso mismo, se podría decir que estos informes forman parte de esos primeros pasos. Estamos orgullosos de dar los primeros pasos de un camino que, confiamos, será enriquecedor.

Lic. Edith Benedetti

Interventora general y directora de la editorial

Introducción

La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar.

Eduardo Galeano

Es un honor y una gran responsabilidad escribir la introducción al primer volumen de la serie Investigaciones, y digo «responsabilidad» porque acontece en el marco de un profundo proceso de cambio institucional que impulsa y promueve el desarrollo de investigaciones de alto valor académico que respeten los principios de calidad científica y ética, siguiendo las definiciones establecidas por la Ley Nacional de Protección de la Salud Mental N.º 26.657, la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud N.º 26.529, y las recomendaciones de la Guía de Salud Humana de la Comisión de Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación.

Este primer volumen de la serie Investigaciones constituye un hito histórico en la vida institucional, dado que por primera vez se ha creado y desarrollado un Programa de Becas de Investigación con financiamiento institucional. Este hecho no sólo fortalece las capacidades profesionales e institucionales, sino que fundamentalmente ubica la producción de conocimiento científico como usina para

pensar las prácticas de intervención –clínica, social y territorial– y definir nuevos dispositivos para la atención de personas con padecimiento subjetivo, en un marco de respeto por la diversidad, la atención digna, basada en la equidad y en la justicia.

Es menester mencionar que la complejidad que plantean las patologías del consumo, meritorias de una mirada inter- y transdisciplinaria, requieren del desarrollo de investigaciones como parte fundamental del quehacer institucional y la práctica profesional.

En tal sentido, tanto los informes finales como los informes de avance que aquí se presentan son el fruto del esfuerzo de un grupo de profesionales comprometidos con su trabajo, que creen en el valor del conocimiento, en la necesidad de introducir alternativas que colaboren en el alivio del sufrimiento humano, y que generen procesos de cambio basados en procedimientos científicos y éticos.

La práctica de la investigación requiere de mucho esfuerzo, de disciplina y por sobre todas las cosas constituye el desafío de poner en cuestión los propios conocimientos que otrora eran considerados como válidos y/o verdaderos.

Todo proceso de producción científica constituye un entramado de múltiples voces en el que es posible entrever la posición del autor en relación con los discursos «ajenos», provenientes de otros autores o disciplinas. En este interjuego discursivo combinamos escrituras, las ponemos a dialogar para construir una polifonía del saber.

Los informes que conforman este volumen ofrecen un amplio abanico de posibilidades de reflexión y análisis sobre los múltiples y complejos factores asociados a las problemáticas de consumo. Construyen nuevo saber, desafían cierto *statu quo* sobre el tema y proponen alternativas de intervención diferencial atendiendo a la singularidad de las situaciones y emergentes institucionales.

Algunos de los trabajos están desarrollados desde un enfoque cualitativo, con diseños exploratorios y descriptivos. Otros priorizan un

enfoque de tipo cuantitativo, testeando escalas y basados en análisis estadísticos, mientras que otros tienden a la triangulación teórica y de método. Presentan rigurosidad en la delimitación de los problemas y proponen una cuidada estrategia de campo.

Si bien cada uno de los informes se focaliza en un recorte de aspectos particulares y específicos, se pueden situar puntos de articulación entre ellos, situación que enriquece la lectura y colabora en la construcción de una visión integrada del volumen.

Así, nos encontramos con un conjunto de trabajos que problematizan la situación de la mujer que se acerca a consulta o bien está en tratamiento en el hospital, proponiendo para el análisis de las cuestiones de género, culturales, médicas y sociales un enfoque desde la biopolítica y desde las neurociencias como aporte original para el abordaje de las dimensiones señaladas.

Es sabido que el lugar de la mujer en la historia estuvo marcado por innumerables postergaciones de sus derechos –políticos, laborales, educativos, de salud–, por ello es que su visibilidad como sujeto histórico y social se constituye en una obligación moral, ética e ideológica.

En otro conjunto de trabajos sobresale una mirada que articula la dimensión macrosocial y microsocia para la lectura y comprensión del desarrollo de estrategias de vida en territorios marcados por las condiciones de pobreza, desigualdad y vulneración de derechos. Sólo una lectura articulada de la doble dimensión de lo social nos proporcionará una comprensión en profundidad de las marcas que han dejado en la subjetividad años de políticas neoliberales.

Otro conjunto de trabajos, desde enfoques metodológicos diferentes, hacen hincapié en el estudio y análisis del conjunto de factores que se pueden asociar al desencadenamiento de problemas de consumo, advirtiendo la necesidad de diseñar políticas de neto corte preventivo y universal.

Por último, no quiero dejar de mencionar apuestas y desafíos teóricos novedosos, que ponen en crisis las formas hegemónicas de analizar y abordar los problemas relacionados con la salud mental.

Este primer volumen de la serie es una invitación al pensamiento, a la reflexión crítica y al análisis. De su lectura, por cierto rica y variada en experiencias y recorridos en investigación, surgen no sólo nuevas formas de conceptualizar y de pensar el abordaje interdisciplinario, sino que también constituye una propuesta para crear renovadas maneras de intervenir sobre los desafíos que nos plantea la complejidad de los problemas relacionados con las patologías del consumo.

Por último, no me queda más que agradecer al grupo de colegas que publican en este primer volumen por el camino recorrido, por los encuentros de intercambio, por el esfuerzo puesto en el proceso de escritura tanto de sus informes finales como de avance. Les dejo mi más sincero reconocimiento a la tarea realizada.

Marcela Raiden*

* Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires y magister en Diseño y Gestión de Programas Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Coordinadora del Área Investigación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Becaria 2015 de la Comisión Nacional Salud, Beca «Raúl Carrillo Oñativia». Docente y consultora de la Universidad Nacional de San Martín, y docente del Centro de Estudios Superiores del Noreste (Universidad de Tijuana, México) y de la carrera de Sociología de la Universidad de Buenos Aires.

Parte I

INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN

EL LAZO SOCIAL EN LA CLÍNICA DE LAS PSICOSIS

Una contribución teórico-clínica en el marco de las políticas de inclusión social de la Ley N.º 26.657. Estudio exploratorio en un Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo)

Carolina P. Alcuaz

Resumen: este trabajo investiga la relación entre la clínica de las psicosis y el lazo social desde la teoría psicoanalítica de J. Lacan. Este objetivo de esclarecimiento teórico apunta a ser una herramienta de utilidad clínica en los tratamientos de pacientes y en lo concerniente a las políticas públicas de la salud, que promueven la integración familiar, laboral y comunitaria de los pacientes, atentas al espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

Investigar el tema del lazo social en la clínica con las psicosis permite fundamentar, desde la perspectiva de la teoría psicoanalítica, la necesidad del armado de dispositivos terapéuticos que lo propicien siguiendo el espíritu de la ley.

Se trata de una investigación cualitativa de carácter exploratorio, que se desarrolló en el Servicio de Internación Breve. La recolección y análisis de los datos provino de fuentes tanto bibliográficas como clínicas (historia clínica). Se han relevado historias clínicas durante un lapso temporal de seis meses (de enero a junio de 2014) de los pacientes ingresados con diagnóstico de psicosis para observar cuáles fueron los distintos tratamientos realizados por ellos y la relación de dichos tratamientos con las políticas de inclusión social propuestas por la Ley 26.657.

En el material bibliográfico se investigó el tema del lazo social en la clínica de la psicosis en la enseñanza de Jacques Lacan y de algunos de sus comentaristas. De este recorrido se pudo precisar la definición de «discurso» en la teoría de Lacan y entender por qué el discurso implica el lazo social, término que no excluye a la psicosis. Se investigó por otro lado la diversidad

de dispositivos que el hospital ha construido (especialmente la Casa de Medio Camino y el Programa Vuelta a Casa) y que delimitan una oferta terapéutica que va en contra de la cronicidad de la locura. Del análisis de los dispositivos extramuros se concluyó que la posibilidad de invención de nuevos dispositivos acordes con la nueva Ley de Salud Mental, en el marco de la intervención del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), beneficia las políticas a favor del lazo social en la dirección de los tratamientos de la psicosis.

De la lectura de las historias clínicas se concluye que la probabilidad de disminuir la frecuencia de las internaciones o de evitarlas es mayor cuando los tratamientos apuntan a insertar al paciente en dispositivos intra- o extramuros que favorecen su inclusión social. Por otro lado, los desarrollos teóricos sobre el tema del lazo social en la psicosis dan cuenta de la posibilidad de éste y de cómo la función del profesional permite la construcción y el sostén del lazo social en la psicosis.

Palabras clave: psicosis, lazo social, internación, inclusión social comunitaria, ley nacional de salud mental.

*O laço social na clínica das psicoses: uma contribuição teórico-clínica no âmbito das políticas de inclusão social da Lei N.º 26.657. Estudo exploratório em um Serviço de Internação Breve do Hospital Nacional em Red (ex CeNaReSo).**

Resumo: este trabalho investiga a relação entre a clínica das psicoses e o laço social, a partir da teoria psicanalítica de J. Lacan. Este objetivo de esclarecimento teórico visa ser uma ferramenta de utilidade clínica nos tratamentos de pacientes e no que concerne às políticas públicas da saúde, que promovem a integração familiar, profissional e comunitária dos pacientes, atentas ao espírito da Lei Nacional de Saúde Mental N.º 26.657.

Investigar a temática do laço social na clínica das psicoses permite fundamentar, a partir da perspectiva psicanalítica, a necessidade de se configurar dispositivos terapêuticos que o propiciem, seguindo o espírito da lei.

* Traducción al portugués de los resúmenes de este volumen: Mariana Camilo de Oliveira [Nota del Editor].

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, que se desenvolveu no Serviço de Internação Breve. A coleta e análise dos dados provieram tanto de fontes bibliográficas quanto clínicas (história clínica). Realizou-se o levantamento de histórias clínicas durante um lapso temporal de seis meses (janeiro a junho de 2014) dos pacientes que entraram com diagnóstico de psicose para observar quais foram os diferentes tratamentos realizados pelos mesmos e a relação de ditos tratamentos com políticas de inclusão social propostas pela Lei 26.657.

No material bibliográfico se investigou a temática do laço social na clínica das psicoses no ensino de Lacan e de alguns de seus comentadores. Deste percurso foi possível precisar a definição de «discurso» na teoria de Jacques Lacan e entender por que o discurso implica o laço social, termo que não exclui a psicose. Pesquisou-se, por outro lado, a diversidade de dispositivos que o hospital construiu (especialmente a Casa de Meio Caminho e o Programa Volta a Casa) e que delimitam uma oferta terapêutica que atua contra a cronicidade da loucura. Da análise dos dispositivos extramuros se concluiu que a possibilidade de invenção de novos dispositivos conforme a lei de saúde mental, no contexto da intervenção do Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), favorece às políticas a favor do laço social na direção dos tratamentos da psicose.

Da leitura das histórias clínicas se conclui que a probabilidade de diminuir a frequência das internações ou de evitá-las é maior quando os tratamentos apontam a introduzir o paciente em dispositivos intra ou extramuros que favorecem a sua inclusão social. Por outro lado, os desenvolvimentos teóricos sobre a temática do laço social na psicose evidenciam a possibilidade do mesmo e de como a função do profissional permite a construção e a sustentação do laço social na psicose.

Palavras-chave: psicose, laço social, internação, inclusão social comunitária, lei nacional de saúde mental.

Introducción

A partir de un estudio exploratorio nos proponemos investigar la relación entre la clínica de las psicosis y el lazo social, desde la teoría psi-

coanalítica de J. Lacan. Este objetivo de esclarecimiento teórico apunta a ser una herramienta de utilidad clínica en los tratamientos de pacientes y en lo concerniente a las políticas públicas de la salud, que promueven la integración familiar, laboral y comunitaria de los pacientes, atentas al espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

Encontramos en la orientación que marca la ley, y explícitamente en su artículo 9º, que el proceso de atención de pacientes interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud, se orienta al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. A su vez en el artículo 11 se ejemplifican cuáles serían los dispositivos a promover, en relación con el fin anterior, dentro del trabajo en red intersectorial: consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral luego del alta, atención domiciliaria supervisada, casas de convivencia, hospitales de día, familias sustitutas, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, entre otros.

Sabemos que una fuente de inspiración, entre otras, para la confección de la Ley de Salud Mental fue el informe realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) que ha sido publicado bajo el nombre de *Vidas arrasadas*. Este documento da cuenta de la segregación y violación a los derechos humanos de personas internadas en los asilos psiquiátricos de la Argentina, cuestión opuesta a las políticas de inclusión social de la posterior Ley 26.657. Dicho informe da cuenta de lo que Eric Laurent (2000) denomina «cronicidad». El autor distingue la cronicidad de lo crónico. Lo crónico alude a la duración que tienen los tratamientos en salud mental en personas que por el tipo de patología en juego necesitan tratamiento de por vida (lo que no implica internación de por vida). En cambio la cronicidad es el estado que se produce en un sujeto cuando ya no quedan objetivos terapéuticos. Es así como la locura ha permanecido en los asilos, por años, sin alternativas terapéuticas a la internación que permitan reincorporar al

paciente a la comunidad. Se trata de trasladar la locura al hospital y crear dispositivos con una política de inclusión social.

Volviendo al término «lazo social», mencionado en la Ley de Salud Mental, la teoría del psicoanálisis de J. Lacan propone una manera de entenderlo desde la perspectiva del discurso, siendo el discurso analítico una forma inédita del lazo social.

El concepto de «discurso» y su equivalencia estricta al término «lazo social», en gran parte de la bibliografía analítica de orientación lacaniana, ha conducido a una división clínica entre neurosis y psicosis, de modo que queda esta última por fuera de dicha equivalencia. Esta exclusión teórica tiene consecuencias directas sobre la dirección de los tratamientos, y se corre el riesgo de acentuar lo que podría llamarse el costado «deficitario» de la psicosis y favoreciendo la tendencia a la internación prolongada. En la teoría de Jacques Lacan el lazo social se define a partir del concepto de «discurso» desarrollado en su Seminario XVII, conocido como el seminario de «Los cuatro discursos». Los motivos principales por los cuales Lacan se ocupa de teorizar allí dicho concepto son, por un lado, situar cuál es el tratamiento del goce por parte de cada discurso y, por el otro, hacer una teoría del lazo social. Los discursos forman parte de los pilares de la realidad, es decir que nuestros lazos sociales son efectos y se sostienen en una estructura discursiva.

En relación con la psicosis el término «discurso» aparece en Lacan para hablar del llamado «dicho esquizofrénico» en su escrito «El Atondradicho», de 1972. El «dicho esquizofrénico», referido a la esquizofrenia, queda ubicado fuera de discurso establecido. El discurso establecido es aquel que supone la inscripción de la función paterna. Cabe aclarar que pensar la psicosis fuera de discurso establecido no sería lo mismo que pensarla fuera de discurso. Sin embargo, la bibliografía analítica ha rápidamente deslizado la cuestión hacia la segunda alternativa. Y de ahí se precipitó en concluir que la psicosis al estar fuera de discurso estaba por ende fuera del lazo social.

Si el discurso implica en Lacan del Seminario XVII el lazo social y si la psicosis está fuera de discurso establecido, ¿necesariamente está fuera del lazo social? Distintos fenómenos clínicos dan cuenta de los «lazos sociales» en la psicosis: la invención del contrato social de Rousseau, el testimonio de Schreber dirigido a la ciencia, o su relación con el discurso universitario y con su mujer, las locuras *à deux* o *à plusieurs*, la relación transferencial del psicótico con el analista, la producción artística en las psicosis, entre otros. ¿Cómo dar cuenta entonces de ciertos «lazos sociales» en la psicosis si no tenemos como referencia el discurso establecido?, ¿qué estatuto tienen esos lazos? Sostenemos que hay otras formas de lazo social que nos enseña la psicosis, más allá de los cuatro discursos.

El interés teórico de esta investigación es retomar la teoría del discurso en la enseñanza de Lacan problematizando su relación con las psicosis. Y a partir de ahí pensar el término «lazo social» y su relación con la clínica de las psicosis. Como objetivos nos propusimos definir el concepto de «discurso» en la enseñanza de Lacan, definir el término «lazo social» y establecer la relación existente entre psicosis, discursos y lazo social.

Dicho interés teórico se relaciona íntimamente con un interés clínico. Esclarecer la relación teórica entre las psicosis, los discursos y los lazos sociales conducirá necesariamente a repensar la dirección de los tratamientos. Se sabe de la creciente inclusión de las psicosis en dispositivos terapéuticos como el Hospital de Día (HDD), Servicios de Pre-alta, Casas de Medio Camino, talleres socioproductivos, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, emprendimientos sociales, entre otros. Las enseñanzas de Lacan sobre la psicosis implicaron un «no retroceder» ante ella y guiaron muchos de estos dispositivos hospitalarios inventados como modalidades de tratamientos posibles. Estos dispositivos propician el lazo del psicótico con otros. Actualmente muchos de ellos están orientados a la «inclusión social» según el espí-

ritu de la nueva Ley de Salud Mental N.º 26.657, que entrecruza la práctica clínica del psicoanálisis en las instituciones públicas. Se hace necesario entonces estudiar la noción de «lazo social» desde el aporte teórico de la teoría psicoanalítica, con el fin de implementar acciones de inclusión social. Es por esta razón que creemos importante realizar una investigación teórico-clínica sobre la relación entre las psicosis y el «lazo social», con el fin de contribuir al esclarecimiento teórico que favorezca la implementación clínica de los procesos de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria de los pacientes.

Investigar entonces la relación entre las psicosis, los discursos y el lazo social permite reformular los viejos dispositivos clínicos –Hospital de Día, Internación, talleres, Casas de Medio Camino, etc.– no como depósitos de la locura que tienden a su cronicidad, a su rehabilitación o a su psicoeducación, sino más bien como dispositivos a su merced, de los cuales puede servirse para lograr un saber hacer singular con el sufrimiento, en el marco de una política del lazo social.

Lejos de concebir a la psicosis como «la resaca de un sismo», pensamos en aquellas «soluciones elegantes» que dan cuenta de la dignidad de las respuestas a los sufrimientos. La invención particular que encuentra el psicótico frente a su malestar da cuenta de la responsabilidad subjetiva en juego. Apostamos a un efecto de sujeto, es decir, aquel que puede responder, ya sea solo o con la presencia de un analista en la transferencia, a los fenómenos que padece.

Esta investigación tiene como marco teórico la enseñanza de Lacan. La fuente principal está constituida por los Seminarios XVII: *El reverso del psicoanálisis* (1969-1970) y XVIII: *De un discurso que no fuera del semblante* (1971). También se trabajarán los escritos de Lacan contemporáneos a dicho período de su enseñanza que estén en relación con el tema.

En relación con las psicosis, se precisará la teoría sobre dicha estructura clínica en el lapso temporal fijado.

Material y métodos

Se trata de una investigación cualitativa con diseño exploratorio. Se relevaron veinte historias clínicas durante un lapso temporal de seis meses (enero a junio de 2014) de los pacientes ingresados con diagnóstico de psicosis. Nuestra unidad de análisis fue la relación entre las psicosis y el lazo social. El criterio de inclusión es el diagnóstico de psicosis en la población internada. Los instrumentos de recolección de datos fueron:

- 1) Las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de psicosis.
- 2) Material bibliográfico: se consideraron tanto fuentes primarias como secundarias en relación con el tema de investigación.

Para la lectura e interpretación de la fuente de datos (historias clínicas) se utilizó una grilla confeccionada *ad hoc*, que tuvo en cuenta los siguientes puntos:

- › Modalidades de tratamientos anteriores al período de internación observado (enero a junio de 2014) realizados por los pacientes con diagnóstico de psicosis.
- › Tipo de tratamiento, en cuanto a enfoque.
- › Modificaciones que se produjeron en la relación del paciente con el consumo problemático de sustancias.
- › Tipo de tratamiento en cuanto a finalidad.

Resultados

Recorrido bibliográfico

Se comenzará entonces por desarrollar brevemente el contexto teórico de la primera enseñanza de Lacan en relación con la teoría de la psicosis, para luego repensarla a la luz de la teoría del discurso y del lazo social.

Primera enseñanza

En su escrito «D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose» (1957-1958) Lacan conceptualiza la psicosis a partir del mecanismo significativo de la forclusión del Nombre del Padre. Las referencias a la lingüística le permiten formalizar el inconsciente como discurso del Otro. El Otro es el lugar del lenguaje con sus leyes de funcionamiento: metáfora y metonimia. Es Otro en términos de cadena significativa que preexiste al sujeto. Esta cadena presenta propiedades, entre las cuales se destaca que el registro del *sensorium* no es lo que la define. La condición del sujeto (neurosis o psicosis) dependerá de lo que se desarrolla en el Otro, es decir, si hay o no inscripción del significativo Nombre del Padre. El Nombre del Padre es teorizado con la fórmula de la metáfora paterna, que implica leer el Edipo freudiano con la referencia a la lingüística. Lacan establecerá a partir de este mecanismo significativo diferencias en la constitución del síntoma en la neurosis y en la psicosis. Mecanismos diferentes –represión y forclusión– producen retornos diferentes –retorno de lo reprimido y retorno en lo real–. El inconsciente y su retorno de lo reprimido en la neurosis (síntoma como metáfora) se contraponen al inconsciente a cielo abierto de la psicosis, en tanto el psicótico es ubicado como mártir del inconsciente (síntoma como fenómeno elemental). El desencadenamiento en la psicosis es formalizado a partir de una estructura ternaria donde *un padre* se opone a «una pareja imaginaria. Dicha estructura formalizará teóricamente algunas coyunturas dramáticas» en la vida del sujeto. Importa destacar las consecuencias clínicas del desencadenamiento: disolución imaginaria o regresión tópica al estadio del espejo, «cascada del significativo» y el retorno de goce.

Destacamos algunos conceptos claves: «cadena significativa», «cadena rota» y «desencadenamiento». Se consideran claves porque permiten pensar en esta clínica una definición de «lazo social» a partir de la primera definición de lo simbólico en Lacan. Es así como el lazo

entre significantes, que constituye la cadena, podría ser definido en términos de lo que más adelante se llamará «discurso» y «lazo social». Si la cadena significativa preexiste al sujeto entonces el lazo social puede ser leído en este momento como algo que está de entrada. Esta idea hallará su revisión a partir de la segunda clínica de Lacan. Dichos conceptos permitirán también explicar cómo la psicosis quedaría fuera de discurso y del lazo social en el momento de desencadenamiento, a partir de las consecuencias clínicas de éste en el sujeto.

Otros conceptos claves son los de «delirio» y «compensación imaginaria». Éstos permitirán avanzar sobre el terreno de las suplencias en la psicosis, término principal para pensar diferentes modalidades de los lazos sociales en la psicosis.

El delirio es situado como respuesta posible al desencadenamiento de la psicosis. Lacan analizará el delirio de Schreber en términos de metáfora delirante, cuya función suple la ausencia de metáfora paterna. El delirio permite rearmar la cadena significativa rota y otorgarle una identidad a Schreber como «la mujer de Dios». Interesa destacar que el delirio construye una realidad que se torna habitable para el psicótico, pudiendo Schreber obtener su alta de internación y volver a la sociedad.

Las compensaciones imaginarias son propuestas por Lacan para dar cuenta de las identificaciones conformistas que el sujeto asume para compensar la forclusión. En el escrito «De una cuestión preliminar...», el término clave que permitirá entender el plano de las compensaciones por identificación, anunciadas en el Seminario III: *Las psicosis* (1955-1956), es el de la «psicosis social». La psicosis social, en la que Pascal «nos precedió», no se refiere necesariamente a la estructura psicótica, sino que podríamos decir que es equivalente al término «locura». En el campo de las psicosis, la psicosis social conduce a pensar que no se trata del rechazo del Otro, sino de la incorporación de sus insignias por parte del psicótico, lo que le permite adaptarse a lo

que Pascal llamaba el «buen orden», el «orden divino». La locura es para Pascal responder a un orden, creer en él. Por eso el término «psicosis social» no se refiere necesariamente a la estructura psicótica. Este término se considera clave porque permite mostrar cómo a través de la identificación, la locura de cada uno –neurosis o psicosis– se inserta en lo social.

Ya en la primera enseñanza del autor encontramos los conceptos que dan cuenta de la ruptura de los lazos sociales como aquellos otros que permiten pensar en el armado de éstos.

Seminario El reverso del psicoanálisis

En su seminario *El reverso del psicoanálisis* (1969-1970), conocido como «el seminario de los cuatro discursos», Jacques Lacan desarrolla su teoría de los discursos. El discurso, concepto clave de esta investigación, nos permite pensar una definición posible del lazo social que nos permitirá relacionarla con el campo de la psicosis. La relación entre S_1 - S_2 , propia de la cadena significativa se vuelve a encontrar años después en la fórmula del discurso. El discurso es una estructura con cuatro lugares: el agente, la verdad, el Otro y la producción. Esta estructura es lo que permite a Lacan decir que el discurso es sin palabras, ya que se trata de lugares que serán ocupados por S tachado, S_1 , S_2 y a . El discurso constituye un aparato de cuatro patas, un «aparato algebraico» dirá Lacan, que no tiene nada de abstracto respecto de la realidad. Por el contrario, dice Lacan: «[...] está ya inscripto en lo que funciona como esa realidad [...] la del discurso que está ya en el mundo y lo sostiene, al menos el mundo que conocemos. No sólo está ya inscripto, sino que forma parte de sus pilares» (Lacan, 1969-1970, p. 13). El discurso en Lacan permite un determinado funcionamiento del mundo subjetivo, y este funcionamiento va a depender de los lugares diferentes que ocupan estas cuatro letras en el aparato algebraico. Es así como partiendo

del discurso del amo y produciendo tres cuartos de vuelta vamos accediendo a la producción de cuatro discursos básicos: discurso del amo, discurso universitario, discurso de la histeria y discurso del analista. Por un lado, los discursos son modos diferentes de dominar aquello que constituye su referente, el goce. Y por el otro, al ser los discursos aquello que forma parte de los pilares de la realidad, entonces los lazos sociales son efectos y se sostienen, según la idea de este seminario, en una estructura discursiva.

En relación con el término «lazo social», el discurso instituye en Lacan el lazo social, los vínculos entre los seres hablantes. El par S_1 - S_2 de cada discurso –el analista y el analizante, el estudiante y su profesor, el sujeto histérico y el amo– da cuenta de la relación entre individuos, del «lazo libidinal» entre ellos. Esa pareja significativa regula, ordena el lazo, los vínculos, entre aquellos que encarnan esos lugares significantes. Si bien el término «lazo social» no alcanza en Lacan el estatuto de un concepto, podemos definirlo como el lazo libidinal entre individuos. La definición del discurso como aparato algebraico constituido por lugares y que instituye un lazo libidinal entre los individuos al realizar un tratamiento del goce permite su aplicación al campo de la psicosis. Se trata de analizar qué otros aparatos algebraicos posee la psicosis para facilitar el lazo libidinal entre individuos.

El término «discurso establecido» nos parece importante destacarlo como otro concepto clave, ya que permite complejizar la relación entre psicosis y discursos al situar a ésta fuera de discurso establecido. Para algunos autores, como Fabián Schejtman, en su Seminario XVII Lacan lee el Complejo de Edipo freudiano con el discurso del amo. En su fórmula de la metáfora paterna encontramos los términos que figurarán luego en los cuatro discursos, excepto el «objeto a», que conceptualizará más tarde en su enseñanza. Un discurso es *establecido*, según los autores, gracias a la operación de la metáfora paterna. Es decir que el fuera de discurso en la psicosis equivale a un fuera del

Edipo. Se estaría así frente a una relectura de la teoría de la forclusión del año 1955 con el concepto de «discurso». Situar la psicosis fuera de discurso establecido permite precisar y acotar algunas lecturas teóricas que dejan a la psicosis fuera de todo discurso. De ahí también la posibilidad de investigar cómo se instituyen los discursos no establecidos y su relación con la psicosis.

Segunda enseñanza

La referencia en esta época será el discurso matemático con su teoría de los nudos. El modelo de los nudos le permite leer y formalizar la clínica. Los registros R, S e I ya no tendrán una relación de jerarquía, como en la primera clínica, donde lo simbólico se destacaba por su supremacía. En este momento RSI mantienen una relación de autonomía y equivalencia. Sin anular la distinción estructural, a partir de la generalización de los Nombres del Padre, del concepto de «sinthoma» y de la clínica de los nudos, la psicosis implicará un modo de anudamiento de los registros distinto al anudamiento Nombre del Padre. El término «desencadenamiento» de la primera clínica podrá ser reelaborado en esta tesis a partir del desanudamiento de los registros. Se trata de modos diferentes de anudamiento y desanudamiento que conducen a pensar las consecuencias que pueden tener a nivel de la relación del psicótico con los discursos y con el lazo social. Estos desarrollos teóricos permiten romper con los planteos binarios «Nombre del Padre» o «forclusión», «en el discurso» o «fuera de discurso», «en el lazo» o «fuera del lazo». Se ve así cómo la segunda clínica de Lacan aporta nuevos planteos teóricos que facilitan el avance de la investigación sobre el tema, en vez de cerrar la reflexión sobre él.

Se destacarán algunos de los conceptos claves dentro de este momento teórico. El cambio en la definición de lo simbólico será esencial para el tema de investigación. El concepto de «lalengua» es clave y se

referirá al enjambre significativo, es decir, al significativo solo, que no hace cadena, fuera de discurso y que no implica el lazo social. Se ve así una perspectiva opuesta a la primera clínica estructuralista ya mencionada. Con la primera definición de «inconsciente», la psicosis quedaba del lado del inconsciente a cielo abierto, psicosis fuera de discurso (sin la referencia edípica). En cambio con la definición de «lalengua» y de «inconsciente» como elucubración de saber sobre lalengua, se abren otras vías para pensar la relación entre psicosis y lazos sociales. Con este cambio en la definición de «lo simbólico», el lazo social (como lazo entre significantes) no estaría de entrada, el discurso sería un semblante y tanto neurosis y psicosis serían formas diferentes de hacer lazo social. Por lo tanto esta línea de pensamiento permite aproximar la psicosis al lazo social.

Es importante mencionar los desarrollos teóricos de Lacan en torno al decir y al concepto de «nominación» en su relación con la pluralización de Los Nombres del Padre, que son de extrema relevancia para esta investigación.

En el discurso de cierre del *Congrès de l'École Freudienne* de París, pronunciado por Lacan el 19 de abril de 1970, los discursos son entendidos en su referencia a un decir. Será el decir lo que instituye los discursos y los vínculos sociales. En el Seminario XXI: *Les non-dupes errent* (1973-1974) Lacan relacionará el decir con el nudo, en la clase del 18 de diciembre de 1973. Y el decir será situado como del orden del acontecimiento. Un ejemplo de esto es la respuesta a la pregunta ¿cómo ama un hombre a una mujer?: por azar. Y ese amor permite enlazar lo real y lo simbólico, es decir que anuda. Se preguntará, en la clase del 15 de enero de 1974, el por qué no considerar al discurso analítico como contingente, puesto que parte de un decir que constituye acontecimiento. El decir tiene dimensión de acto. Por lo tanto el decir aparece para esta investigación como un término principal que habilita a pensar que habrá discurso y lazo social en tanto un decir lo funde, más allá de la

estructura clínica. En este mismo seminario retoma su desarrollo sobre la frase «no hay relación sexual» real al que toda estructura clínica se enfrenta. Y para Lacan todos «inventamos» un truco para llenar el agujero (*trou*) en lo real. El «no hay relación sexual» implica que no hay lazo social de entrada. Interesa destacar estos planteos porque de ellos se desprende el pensamiento de que tanto neurosis como psicosis son respuestas diferentes frente a lo real. La neurosis también se relaciona con la posibilidad de ausencia de lazo social.

En relación con el Nombre del Padre es definido también en su relación con el decir. Es un «no» a nivel del decir. Pero además, es definido en relación con una función que lo sustituye, la de «nombrar para». Y es siguiendo este desarrollo que encontramos un ejemplo explicativo de él en relación con la psicosis.

Dirá Lacan:

Es bien extraño que aquí lo social tome un predominio de nudo, y que literalmente produzca la trama de tantas existencias; él detenta ese poder del «nombrar para» al punto de que después de todo, se restituye con ello un orden, un orden que es de hierro; ¿qué designa esa huella como retorno del Nombre del Padre en lo Real, en tanto que precisamente el Nombre del Padre está *verworfen*, forcluido, rechazado?; y si a ese título designa esa forclusión de la que dije que es el principio de la locura misma, ¿acaso ese «nombrar para» no es el signo de una degeneración catastrófica? (Lacan, 1973-1974, p. 82).

Que lo social cumpla la función de «nombrar para» implica en Lacan que el Nombre del Padre puede ser suplido en su función por otra cosa. Lo que interesa aquí es cómo en la psicosis el anudamiento se produce por un término no paterno que habilita una existencia posible para el sujeto.

En su Seminario XXII: *R.S.I.* (1974-1975) el autor desarrollará el tema de qué es un padre. Un padre tiene la función del «nombrar para», es decir, de un cuarto término que produce el anudamiento.

Pero en su clase del 11 de febrero de 1975 dirá:

¿Es indispensable esta función suplementaria del Padre? Les muestro que eso podría ser forjado. No es porque ella sería indispensable en teoría que ella lo es siempre de hecho. Si a ese seminario lo he titulado los, y no el, Nombre-del-Padre, es porque ya tenía algunas ideas de la suplencia del Nombre-del-Padre. Pero no es porque esta suplencia no es indispensable que ella no tiene lugar (Lacan, 1974-1975, p. 53).

Lacan cuestiona así que el Nombre del Padre sea lo único que anuda los registros. De ahí la frase en plural: «los Nombres del Padre» que da título al seminario interrumpido. Entonces el cuarto término tiene una función suplementaria ya que anuda las tres dimensiones, y a su vez, el Nombre del Padre como cuarto que anuda puede ser suplido por otro cuarto que también produzca el anudamiento.

En su seminario siguiente, *Le sinthome* (1975-1976), se encuentra otro ejemplo homologable al «nombrar para» sin el Nombre del Padre. Es el ego de Joyce, que funcionará como el cuarto término que anuda. Es esencial destacar la definición de «sinthoma» a esta altura de la enseñanza como aquello que anuda las tres consistencias. Se tienen entonces dos ejemplos de anudamiento sin el Nombre del Padre: lo social y el ego en Joyce.

Volviendo al decir, en Lacan aquello que anuda será el decir que nombra. El anudamiento queda ligado así a la función de nominación. Es de subrayar la importancia teórica de la función de nominación para pensar la clínica de los lazos sociales, ya que el anudamiento de las tres consistencias anuda también a los individuos entre sí, de ahí

que Colette Soler rescate el equívoco entre *noue* [anudado] y *nous* [nosotros]. El decir que nombra tiene, para Lacan, la misma función que el Nombre del Padre, por lo tanto el Nombre del Padre puede ser suplido por otro término que ejerza su misma función. Esto permite reflexionar sobre las suplencias psicóticas por otros decires que nombran, y que prescinden del Nombre del Padre, como en Joyce.

En conclusión, todo el desarrollo teórico de la segunda clínica de Lacan sobre la función de nominación y su relación con el acto de decir y los Nombres del Padre, a través del concepto de «sinthome» y de su efecto de anudamiento, nos permite pensar un estado cero de anudamiento o de ausencia de lazo social y dos tipos de anudamientos, uno a través del decir del Nombre del Padre y el otro mediante decires no paternos. A partir de aquí se abre una vía de investigación sobre las características de los lazos sociales fundados en el decir paterno y aquellos que se constituyen en otros decires.

Sostenemos entonces, a partir de este recorrido teórico, la posibilidad de existencia de lazos sociales en la psicosis, que fuerza entonces a repensar la dirección de los tratamientos en el marco de la creación de dispositivos clínicos que permitan llevar a cabo la inclusión social de la locura.

Relevamiento de historias clínicas

Al ser una investigación cualitativa de carácter exploratorio, llevada a cabo en el Servicio de Internación Breve, se relevaron historias clínicas durante un lapso temporal de seis meses (enero a junio de 2014) de los pacientes ingresados con diagnóstico de psicosis. Este relevamiento constituyó junto al desarrollo bibliográfico la fuente de datos de la presente investigación. El Servicio de Internación Breve tiene por fin realizar tratamientos bajo la modalidad de internación, siendo ésta el último

recurso terapéutico a utilizar cuando aporta mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social. Es un servicio que trabaja con la clínica de la urgencia y al ser parte del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), recibe todo tipo de consultas en el terreno del padecimiento mental. Esto permite incorporar la atención de pacientes con diagnóstico de psicosis al romperse la categoría monovalente que la institución tenía (es decir que se atendían sólo adicciones, pero incluso no todo tipo de adicción).

Anteriormente dicho servicio se llamó Servicio de Crisis y cambió de nombre en el año 2013 en relación con su adecuación a la nueva Ley de Salud Mental. El texto de la ley sitúa que las internaciones no deben perpetuarse debido a causas sociales (falta de vivienda, falta de trabajo, etc.). Se trata entonces de operar sobre el cuadro de urgencia y pensar la continuidad posterior del tratamiento por fuera de la internación –ya sea en Consultorios Externos, Hospital de Día, etc.–. En aquellos casos que ameriten mayor tiempo de internación, para resolver la problemática en juego se contará con otro servicio: Servicio de Internación. La cuestión de la externación del paciente está pensada de entrada, ya que el objetivo de las internaciones es lograr una pausa temporal para luego poder continuar un proyecto vital en el afuera.

Es de destacar que las historias clínicas relevadas fueron de pacientes con diagnóstico de psicosis y con problemática de consumo de sustancias psicoactivas.

Para la lectura de la fuente de datos (historias clínicas), como se mencionó *ut supra*, se utilizó una grilla que tuvo en cuenta los siguientes puntos:

- › ¿Qué modalidades de tratamientos anteriores al período de internación observado (enero a junio de 2014) realizaron los pacientes con diagnóstico de psicosis?

- › ¿Qué tratamientos se basaron en un abordaje interdisciplinario?
- › ¿Qué modificaciones se produjeron en la relación del paciente con el consumo problemático de sustancias?
- › ¿Cuáles de esos tratamientos tuvieron como finalidad la inclusión social del paciente de acuerdo con lo propuesto por la Ley 26.657?

Es de destacar que aquellos pacientes que previamente a la internación realizaron tratamientos en dispositivos de comunidad terapéutica sostuvieron internaciones prolongadas en el tiempo (entre seis meses y un año) y, según el relato del paciente, con tendencia hacia prolongados períodos de aislamiento por distintas causas (momento de ingreso, momento de las llamadas «recaídas», etc.). Luego del alta no se observaba el armado de un proyecto vital en el afuera. Las palabras «recaídas», «incurable», «la droga como enfermedad» constituyeron sentidos coagulados en algunos discursos de los pacientes. Si bien en muchos casos el aislamiento implicó la condición de abstinencia absoluta, la mayoría volvió a sostener la misma conducta de consumo luego del alta. Por lo general la oferta de entrevistas terapéuticas tenía una frecuencia reducida y muchas veces carecía de instancias individuales, de modo que los tratamientos se tornaban más grupales, además del control farmacológico. Los tratamientos se enfocaban en el problema del consumo y no en otros síntomas o conflictivas ligadas a la estructura psicótica.

De las veinte historias clínicas relevadas en el período de enero a junio de 2014 se pudo concluir lo siguiente a partir del relato del paciente de sus experiencias anteriores de tratamiento:

- 1) Las experiencias de tratamientos anteriores descriptos en las historias clínicas relevadas se caracterizaban por la implementación de dispositivos monovalentes.

- 2) No se desprendían de dichos tratamientos políticas de inclusión social: inserción laboral, comunitaria, familiar, educacional, etc.
- 3) Se observaron escasos éxitos terapéuticos: no resolución de conflictiva psíquica, no modificación de la relación con el consumo de sustancias salvo durante el período de internación que implicaba un estado de abstinencia absoluta.
- 4) Ausencia de trabajo bajo la modalidad interdisciplinaria.
- 5) Ausencia de trabajo en red con otras instituciones de salud mental.
- 6) Ausencia de trabajo intersectorial con instituciones no pertenecientes al campo de la salud mental.
- 7) Predominio de prácticas de aislamiento.
- 8) Terapias con objetivos estándares.
- 9) Ausencia de intervenciones que favorezcan la revinculación con la red social (familiar, familia ampliada, referentes comunitarios, etc.).
- 10) Aumento del número de re-internaciones.

Implementación de la Ley 26.657 en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)

Tomaremos el año 2012 como un momento de corte y giro en la clínica institucional que implicó un cambio de paradigma a nivel de los servicios de salud y una consolidación de éste desde esa fecha a la actualidad. Se pasó de un modelo de tratamiento inspirado en algunas prácticas de comunidad terapéutica, monovalente, a un modelo hospitalario que sitúa las adicciones como parte del campo de la salud mental. Dentro de este modelo el hospital encarna el espíritu de la

nueva Ley de Salud Mental proponiendo una modalidad de tratamiento interdisciplinaria, en red e intersectorial. Los tratamientos se orientan así a la inclusión social del paciente y se sostienen en el paradigma de la reducción de riesgos y daños. El marco legal está delimitado por la Ley de Salud Mental 26.657, la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, y la Ley de APS 25.421. Diversos dispositivos terapéuticos se fueron creando y otros existentes se reformularon para dar respuesta a la necesidad de inclusión del paciente con padecimiento mental en la sociedad. Dado que el hospital cuenta actualmente con dichos dispositivos terapéuticos extramuros orientados hacia la inclusión social de los pacientes conforme a la Ley 26.657, se considera conveniente incluir la descripción de éstos en la investigación. El conocimiento de dichos dispositivos y sus políticas es otra fuente de datos relevante para esta investigación, que no había sido considerada en su totalidad, debido a la no existencia de algunos de ellos al momento de la construcción de este proyecto.

El lazo social en los dispositivos extramuros

Dentro de estos nuevos dispositivos de intervención clínica en el marco de la reconstrucción del lazo social situamos la Casa Amigable, la Casa de Medio Camino y el Programa Vuelta a Casa. Estos nuevos dispositivos de externación extramuros presentan diferencias en sus estrategias clínicas. La Casa Amigable es un dispositivo de primer nivel de atención –en el contexto de la reducción de riesgos y daños– destinado a aquellas personas que aún no han sostenido un pedido de asistencia. La Casa de Medio Camino funciona como dispositivo intermedio entre la internación y la externación del paciente, destinada a pacientes que salen de la internación sin contar aún con un afuera donde poder continuar. El Programa Vuelta a Casa es destinado a pa-

cientes que necesitan en el afuera una ayuda institucional para poder rearmar un lazo social posible y habitable.

Todos estos dispositivos tienen en común la estrategia clínica y política que va en contra de una práctica manicomial que ha cronificado, por distintas razones, a los pacientes en las instituciones. Inspirados en la Ley de Salud Mental 26.657 se crean para poder dar respuesta a las necesidades de inclusión social de los pacientes y sostener así una atención a la salud de manera progresiva (articulando distintos niveles de complejidad) y continua. Es la teoría de sanitaristas como Ramón Carrillo y Floreal Ferrara la que enmarca el sustrato conceptual de estos dispositivos.

En el capítulo V, artículo 9° de la Ley 26.657 se enfatizará la idea de una atención que apunte a reforzar el lazo social:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Pero en caso de que el tratamiento sea bajo la modalidad de internación no debería descuidarse el reforzamiento del lazo social como estrategia terapéutica, y esto no debería ser un trabajo a implementar solamente en el momento de la externación sino desde la internación misma. «[...] la internación debe concebirse como el último recurso y, de ser necesaria, no debe concebirse como algo desarticulado con el ulterior proceso de externación» (Benedetti y Medolla, 2014, p. 262).

La ley enumera cuáles serían los dispositivos luego del alta institucional (entendiendo se refiere al alta de internación) a crear que podrían encarnar esta línea de trabajo: HDD, atención domiciliaria supervi-

sada, casas de convivencia, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas, entre otros.

Nos interesa a los fines de esta investigación detenernos en la Casa de Medio Camino que surge como dispositivo que contempló a los pacientes crónicos cuyo lazo social era lábil o inexistente. Entendemos que justamente este dispositivo es lo que permite plantear una alternativa al modelo manicomial que cronifica la locura. Los pacientes con períodos de aislamiento prolongado y con la consecuente debilitación de los lazos sociales necesitaban un lugar intermedio entre la internación y la externación que permitiera efectuar esta última y progresar en el armado de lazos en el afuera. En esta casa se apunta al armado de la autonomía del paciente (en la cotidianeidad) y a la continuidad de tratamiento ya en forma ambulatoria con su equipo profesional.

Nuestro principal objetivo en este marco es acompañar al sujeto para lograr una autonomía posible, con respaldo institucional, sin que se trate de un «abandono» (una preocupación recurrente de los pacientes cuando el alta es inminente), pero tampoco de una relación de dependencia cronicante con el «Otro institucional» (Benedetti y Medolla, 2014, p. 266).

Por el contrario el Programa Vuelta a Casa está centrado en la externación efectiva, es decir, está destinado a aquellos pacientes crónicos (que han pasado por distintos tratamientos e internaciones) y que habiendo logrado un grado de independencia no cuentan con la posibilidad de ejercerla sin la ayuda institucional (subsidio). Ambos dispositivos tienen en común cuestionar las internaciones asilares permanentes y generar el contexto (laboral, familiar, social) en el cual el paciente pueda insertarse en el afuera.

Conclusiones

Investigar el tema del lazo social en la clínica con las psicosis permite fundamentar clínicamente, desde la perspectiva de la teoría psicoanalítica, la necesidad del armado de dispositivos terapéuticos que lo propicien siguiendo el espíritu de la ley. La Ley 26.657 nos fuerza a pensar cómo implementar sus principios y normas, y para eso creemos que debemos debatir tanto teórica como clínicamente qué entendemos por «lazo social desde cada disciplina. Éste es un término fundamental que debe esclarecerse para poder pensar dispositivos acordes con esta política. De ahí el interés de investigar el término en una clínica que ha sido separada –desde la política sanitaria, la teoría y la intervención clínica– de la posibilidad del lazo. La cronificación del paciente (casos de psicosis) en el asilo o en un circuito sin fin de internaciones en comunidades terapéuticas (pacientes duales) han sido muchas veces las consecuencias de esto.

La diversidad de dispositivos que el hospital ha construido (especialmente la Casa de Medio Camino y el Programa Vuelta a Casa) delimitan una oferta terapéutica que va en contra de la cronicidad de la locura. Por otro lado las psicosis quedan incluidas dentro del campo de atención al caer la característica de lo monovalente (se atendían solamente adicciones) que tenía la institución. No sólo las adicciones quedan englobadas en el campo de la salud mental sino que este campo incluye cualquier sufrimiento psíquico que provoque en alguien dirigirse al Otro institucional. Los pacientes con diagnóstico de psicosis (con o sin problemas de consumo) no quedan confinados ya al ámbito del asilo, del neuropsiquiátrico, sino que tienen la posibilidad de ser recibidos en un hospital.

La posibilidad de invención de nuevos dispositivos acordes con la Ley de Salud Mental hace estallar el estatuto monovalente de la institución y favorece las políticas a favor del lazo social en la dirección de los tratamientos.

La concepción de sujeto que introduce la ley, como sujeto de derecho, apunta a un sujeto activo capaz de ejercer sus derechos y participar activamente de su tratamiento. De ahí que esta concepción, sin llegar a una extrapolación teórica de los términos, se emparente más con la idea de responsabilidad subjetiva de la teoría psicoanalítica que con la idea de un sujeto deficitario de otros marcos teóricos.

Si bien la internación es necesaria en momentos de riesgo cierto e inminente, no debemos olvidar los efectos adversos de ésta en la subjetividad de algunos pacientes. Una política del lazo social podría contraponerse a estos efectos permitiendo al paciente armar un proyecto de vida.

De la lectura de las historias clínicas y de las entrevistas clínicas realizadas con pacientes se concluye que la probabilidad de disminuir la frecuencia de las internaciones o de evitarlas es mayor cuando los tratamientos apuntan a insertar al paciente en dispositivos intra- o extramuros que favorecen su inclusión social. Por otro lado, los desarrollos teóricos sobre el tema del lazo social en la psicosis dan cuenta de la posibilidad de éste y de cómo la función del profesional permite la construcción y el sostén del lazo social en la psicosis.

Bibliografía

- AA. VV. (2013). *1.º Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica*. Buenos Aires: Ed. Lic. Laura Bonaparte.
- AA. VV. (2014). *2.ªs Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. Buenos Aires: Ed. Lic. Laura Bonaparte.
- Agamben, G. (2003). *La comunidad que viene*. Madrid: Editora Nacional.
- Álvarez, J. M. (2006). *Estudios sobre la psicosis*. España: Asociación Gallega de Salud Mental.

- Álvarez, J. M. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.
- Baró, C. (2001). *Sujeto y lazo social*. Buenos Aires: Ed. Psicolibro.
- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Benedetti, E. y Medolla, D. (2014). «De camino a casa. Nuevos dispositivos de intervención clínica extramuros: la Casa Amigable, la Casa de Medio Camino y el Programa Vuelta a Casa en el marco de la (re)construcción del lazo social». En *1.º Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica*. Buenos Aires: Ed. Licenciada Laura Bonaparte.
- Blanchot, M. (2002). *La comunidad inconfesable*. Buenos Aires: Arena Libros.
- Bleuler, E. (1993). *La demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Ed. Lumen.
- Costa, J. J. y Mattarucu, J. P. (2013). «Espacio Abierto de la asociación civil. La Casona de los Barriletes. Programa de apoyo a jóvenes en procesos de externación o egreso institucional y en sus recorridos de inclusión social». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XXIV, n° 107.
- De Leonardis, O. y Emmenegger, T. (2011). «La desinstitucionalización italiana: pistas y desafíos». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XXII, n° 95.
- Espósito, R. (2003). *Communitas. Origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (2001). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Foucault, M. (2010). *¿Qué es un autor?* Buenos Aires: Ediciones Literales.
- Freud, S. (1999). «Apartado I». En *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (caso Schreber), Obras Completas*, tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.

- Garrabé, J. (1996). *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Godoy, C. (1999). «Un debate necesario». *El Caldero de la Escuela*, n° 73. Buenos Aires: EOL.
- Godoy, C. (2008). «Los artificios de James Joyce». *Ancla. Psicoanálisis y Psicopatología. Revista de la Cátedra II de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, n° 2.
- Herbst, L. (2009). «El concepto de cronicidad y su impacto en la clínica». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XX, n° 87.
- Lacan, J. (1912). «El Atolondradicho». En *Otros escritos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1984). *Seminario 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lantéri-Laura, G. (1998). *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Paris: Editions du temps.
- Lacan, J. (1997). «Joyce, el síntoma I». *Uno por Uno*, n° 44. EOLIA.
- Lacan, J. (1997). «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis». En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1997). «Joyce, el síntoma II». *Uno por Uno*, n° 45. EOLIA.
- Lacan, J. (2006). *Seminario 23: El Sinthome*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2007). *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2012). «Joyce, el síntoma». En *Otros escritos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Laurent, E. (1989). *Estabilizaciones en la psicosis*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Laurent, E. (2000). «Posición del psicoanalista en el campo de la salud mental». En *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 20 de noviembre de 2009. Sanción: 21 de octubre de 2009.

- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre 2010.
- Maleval, J. C. (2000). *La lógica del delirio*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Maureo, P. (2012). «Nuevos desafíos y actualidad de la práctica privada en los hospitales de día y otros dispositivos intermedios». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XXIII, n° 102.
- Millas, D. (2012). «El hospital de día, una orientación por el síntoma». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XXIII, n° 102.
- Miller, J.-A. (1985). «Esquizofrenia y paranoia». En *Psicosis y psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J.-A. (1989). «Siete observaciones de J. A. Miller sobre la creación». *Malentendido*, n° 5.
- Miller, J.-A. (1997). «Lacan con Joyce». *Uno por Uno*, n° 45. EOLIA.
- Miller, J.-A. (2004). «L'invention psychotique». *Quarto*, n° 80/81.
- Miller, J.-A. (2005). «La invención psicótica» (en línea). *Revista Virtualia*, n° 16. Recuperado el 8/7/2015 de <http://virtualia.eol.org.ar/016/default.asp?formas/miller.html>.
- Miller, J.-A. (2012). *El lugar y el lazo, clases del 10 y 17 de enero de 2001*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. et al. (1999). *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: ICBA-Paidós.
- Miller, J.-A. et al. (2000). *El saber delirante*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Miller, J.-A. et al. (2001). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Miller, J.-A. et al. (2001). *Los inclasificables de la clínica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Miller, J.-A. et al. (2003). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Miller, J.-A. et al. (2008). «Psychanalystes en prise directe sur le social». *Revista Mental*, n° 20.
- Minkowski, E. (2001). *La schizophrénie*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.

- Minkowski, E. (2001). *Le temps vécu*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Nancy, J. L. (2000). *La comunidad inoperante*. Madrid: Editora Nacional.
- Naveau, P. (2004). *Les psychoses et le lien social. Le noeud défait*. Paris: Anthropos.
- Pellegrini, J. L. (2009). «El proceso de transformación institucional del hospital psiquiátrico de San Luis». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XX, n° 88.
- Roqueta, C. (comp.) (2004). *Identidad y lazo social*. Buenos Aires: Ed. Grama.
- Rossetto, J. (2009). «Del manicomio a la comunidad: el proceso de reforma de la colonia nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca”». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XX, n° 88.
- Rossi, G. (2009). «Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XX, n° 87.
- Schejtman, F. (2000). «Acerca de los nudos». En Schejtman, F.; Mazzuca, R. y Zlotnik, M. *Las dos clínicas de Lacan. Introducción a la clínica de los nudos*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Schejtman, F. (2004). «Sinthome». En *La trama del síntoma y el inconsciente*. Buenos Aires: Serie del Bucle.
- Schejtman, F. (2009). «Síntoma y padre». En Schejtman, F.; Eidelberg, A.; Godoy, C. y Soria, N. *Porciones de nada. La anorexia y la época*. Buenos Aires: Del Bucle.
- Schejtman, F. (2009). «Síntoma y sinthome». *Ancla. Psicoanálisis y Psicopatología. Revista de la Cátedra II de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, n° 2.
- Skriabine, P. (1994). «La clínica del nudo borromeo». En *Locura: clínica y suplencia*. Madrid: Eolia-Dor.
- Sobredo, L. et al. (2006). «El encierro dentro del encierro. La situación actual en la unidad psiquiátrica penal n° 20 del Hospital Municipal J. T. Borda». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XVII, n° 65.

Soler, C. (1991). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Ed. Manantial.

Soler, C. (2009). *La querrela de los diagnósticos*. Buenos Aires: Letra Viva.

Stagnaro, J. C. (2006). «Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos. Del asilo a la comunidad». *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XVII, n° 65.

Acerca de la autora

Carolina P. Alcuaz es licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata. Coordinadora del Servicio Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bona- parte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), supervisora clínica de la Residencia de ese hospital y becaria 2013-2014 y 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de la misma institución. Docente de la Facultad de Medicina y la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Supervisora clínica de las Residencias de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez y del Hospital Parmenio Piñero. Ex residente y ex jefa de residentes de Psicología del Hospital Alejandro Korn-Melchor Romero.

LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Una mirada desde el dispositivo de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo)

Pablo Catalán, Gabriela de Lucía, Eduardo Fernández y Mara Graber

Resumen: el presente proyecto de investigación tiene como objetivo analizar cuáles son los aspectos a tener en cuenta en una Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) para la atención de mujeres en situación de uso problemático de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de género.

Para lograr dicho objetivo principal se planteó la necesidad, primeramente, de:

- › Caracterizar a la población de mujeres que asisten a la Guardia del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) en situación de uso problemático de sustancias psicoactivas.
- › Describir cuáles son los principales factores de protección y de riesgo de las mujeres asistidas y su influencia en el abordaje de su problemática de salud.
- › Identificar los aspectos a tener en cuenta en la Guardia del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) para la atención de mujeres en situación de uso problemático de sustancias psicoactivas.

La investigación realizada presenta un tipo de diseño descriptivo y tomó como unidad de estudio a las mujeres en situación de uso problemático de sustancias psicoactivas que asistieron a la Guardia del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) durante el primer semestre del año 2014. De acuerdo con el planteo del problema y con los objetivos propuestos, el trabajo utiliza una estrategia cuanti-cualitativa. Los instrumentos de recolección de datos fue-

ron: una encuesta semi-estructurada, las historias clínicas y la observación. El método para analizar la información se basó en el análisis estadístico y la elaboración de registros a la luz del material teórico relacionado con la temática.

De la población bajo estudio se puede concluir que la incorporación de la perspectiva de género en salud ha permitido identificar particularidades en el modo en que las asimetrías sociales, psicológicas y neurobiológicas entre hombres y mujeres determinan cambios en el proceso de salud-enfermedad, lo que permite llegar a una explicación comprensiva e integral de la salud y el padecimiento subjetivo mental. En función de los datos obtenidos en el presente trabajo se han logrado identificar aquellos aspectos a tener en cuenta en la atención de pacientes mujeres en situación de uso problemático de sustancias psicoactivas en a la Guardia Interdisciplinaria de este hospital.

Palabras clave: Guardia Interdisciplinaria-uso problemático de sustancias psicoactivas-género

A saúde mental das mulheres de uma perspectiva de gênero. Um olhar a partir do dispositivo do plantão interdisciplinar do Hospital Nacional em Red Lic. Laura Bonaparte especializado em salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)

Resumo: o presente projeto de pesquisa tem como objetivo analisar quais são os aspectos a se ter em consideração no plantão interdisciplinar do Hospital Nacional em Red (ex CeNaReSo) para a atenção de mulheres em situação de uso problemático de substâncias psicoativas a partir de uma perspectiva de gênero.

Para atingir tal objetivo principal se estabeleceu a necessidade, primeiramente, de:

› Caracterizar a população de mulheres atendidas pelo plantão do Hospital Nacional em Red (ex CeNaReSo) em situação de uso problemático de substâncias psicoativas.

› Descrever quais são os principais fatores de proteção e de risco das mulheres atendidas e sua influência na abordagem de sua problemática de saúde.

› Identificar os aspectos a se ter em consideração no plantão do Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) para a atención de mulheres em situación de uso problemático de substâncias psicoativas.

A pesquisa realizada apresenta um tipo de desenho descritivo e teve como unidade de estudo as mulheres em situación de uso problemático de substâncias psicoativas que foram atendidas pelo plantão do Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) durante o primeiro semestre de 2014.

Em conformidade com o problema e os objetivos propostos, o trabalho utiliza uma estratégia quanti-qualitativa. Os instrumentos de coleta de dados foram: uma entrevista semi-estruturada, as histórias clínicas e a observação. O método para analisar a informação foi baseado na análise estatística, elaboração de registros à luz do material teórico relacionado com a temática.

Da população estudada se pode concluir que a incorporação da perspectiva de gênero na saúde permitiu identificar particularidades no modo como as assimetrias sociais, psicológicas e neurobiológicas entre homens e mulheres determinam mudanças no processo saúde-doença, podendo chegar a uma explicação compreensiva e integral da saúde e do padecimento subjetivo mental. Em função dos dados obtidos no presente trabalho foi possível identificar aqueles aspectos a se ter em consideração na atenção a pacientes mulheres em situación de uso problemático de substâncias psicoativas no plantão interdisciplinar deste hospital.

Palavras-chave: Plantão Interdisciplinar-uso problemático de substâncias psicoativas-gênero

Introducción

La presente investigación se propone analizar cuáles son los aspectos a tener en cuenta en una Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) para la atención de mujeres en situación de uso problemático de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de género.

El género como categoría social es una contribución contemporánea del feminismo que intenta explicar las desigualdades entre hombres y mujeres. La especialista en estudios de género, Susana Gamba, explica que el género «remite a los rasgos y funciones psicológicos y socioculturales que se le atribuyen a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad» (Gamba, 2008, p. 1). Esto permite pensar que lo masculino y lo femenino se refieren a las conductas, roles, identidades, relaciones de poder y valores atribuidos a lo femenino y a lo masculino y no al sexo biológico de los sujetos. Lo señalado precedentemente fundamenta la incorporación al análisis de la problemática de aspectos tales como: el rol de la mujer dentro del grupo familiar, violencia de género, la maternidad como construcción social, representaciones sociales, influencias culturales, relaciones sociales y discursivas, la mujer como organismo ciclado y diferentes aportes de la neurociencia.

Concretamente, la incorporación de la perspectiva de género en salud permite incluir el modo en el que las asimetrías sociales entre hombres y mujeres determinan cambios en el proceso de salud-enfermedad, pretendiendo llegar a una explicación comprensiva e integral de la salud y el padecimiento subjetivo mental a través del aporte de las ciencias biomédicas, la neurociencia, la psiquiatría, la psicoterapia y las ciencias sociales.

Como se ha mencionado con anterioridad, esta investigación intentó analizar los aspectos a considerar en el abordaje de la atención de las mujeres en un dispositivo de Guardia. Este tipo de dispositivo es en sí un espacio convulsionado y complejo. Las situaciones emergentes son generalmente situaciones de crisis que son vivenciadas como un cambio brusco en el curso de la cotidianidad del sujeto, lo que significa un desajuste en los mecanismos de interacción del individuo, su familia o las instituciones. Esto es vivido como una amenaza en cualquiera de estos tres niveles.

La persona que asiste a la Guardia presenta un quiebre en su aparato psíquico que se presenta por pasajes al acto, impulsión, desbordes de angustia, episodios de descompensación psicótica, signos de consumo de sustancias psicoactivas, intoxicaciones, abstinencias, entre otros. Estas sintomatologías son vivenciadas por el sujeto como algo insoportable que demanda una respuesta. El sujeto y sus redes suponen que en la Guardia se resolverá algo de lo que padece.

En el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) el dispositivo de Guardia está conformado, tal como lo establece la Ley 26.657, por un equipo interdisciplinario compuesto por un psicólogo, un médico psiquiatra, un trabajador social, contando también con un enfermero.¹ La posibilidad de un abordaje interdisciplinario permite, como se ha señalado, que éste sea integral e incorpore las diferentes dimensiones del episodio complejo de sufrimiento subjetivo que posee el sujeto. En el espacio de Guardia, dicho sufrimiento se presenta, generalmente, como urgencia y emergencia.

La Dirección de Salud Mental y Adicciones dependiente del Ministerio de Salud define la urgencia en salud mental como toda

situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital (Dirección de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud, 2013, p. 6).

¹ Si bien este profesional no es exigido desde la legislación vigente, es un recurso con el que cuenta la Guardia del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo).

En cuanto a la emergencia, ella estaría dada por la existencia de riesgo vital para el paciente y requerirá también de asistencia inmediata psiquiátrica, psicológica y social.

Acordando con el autor Emiliano Galende, se considera que los sucesos que afectan la salud mental de los sujetos no pueden ser descriptos sólo como un conjunto de entidades patológicas definidas, sino que deben enmarcarse considerando las transformaciones sociales, los valores éticos y morales que se producen en nuestra cultura, y su impacto en la dimensión subjetiva de los sujetos con padecimiento psíquico.

Los sujetos desarrollan su vida cotidiana en una sociedad compleja, donde «las instituciones como la familia, la escuela y el trabajo han sufrido grandes cambios, impactando en su salud mental de modo particular, singular» (Augsburger, 2002, p. 64). Surge así la necesidad de incorporar la categoría de «sufrimiento psíquico» como categoría diferenciada de la enfermedad. Esta categoría es clave, pues permite un cambio en el modo de pensar la problemática, y por ende, un cambio concreto en las prácticas. Se parte de poner en consideración cómo el padecimiento psíquico es vivenciado y afrontado por el sujeto, qué le pasa, cómo se siente y cómo impacta lo que a él le sucede en los «otros».

Aceptar que la noción de «salud» y «padecimiento psíquico» son fenómenos sociales y culturales nos obliga a dejar de pensarlas como situaciones estáticas e invariables, para reconceptualizarlas como manifestaciones que se construyen en un contexto social e históricamente determinado, poniendo especial énfasis en considerar cómo las estructuras y procesos sociales de esta sociedad organizada genéricamente proponen roles sociales diferenciados para hombres y mujeres, determinando vulnerabilidades, modos diferentes de vivir y enfermar, consultar y ser atendidos.

En concordancia con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define a «la droga» como una sustancia que introducida en un organismo vivo modifica una o varias de sus funciones. En la medicina

se utiliza el término «drogas» para referirse a «toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental» y en farmacología se lo entiende como «toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos» (OMS, 1994, p. 35). Cuando dicha droga afecta específicamente las funciones del sistema nervioso central, ya sea inhibiendo el dolor, modificando el estado anímico o alterando las percepciones, se la denomina como «sustancia psicoactiva».

En el análisis de la problemática es necesario considerar tres elementos constitutivos e interrelacionados del fenómeno: las sustancias, los individuos y el contexto. Según la relación entre dichos elementos históricamente se habló de uso, abuso o adicción a las sustancias psicoactivas.

En el presente trabajo de investigación se define la problemática como *uso problemático de sustancias psicoactivas* porque dicha nominación permite pensar que el problema ya no es el uso en sí mismo, como así tampoco el tipo de sustancia que se esté usando (sea ésta lícita o ilícita), sino la relación que el sujeto establece con la sustancia. Es decir que sólo se considerará como problema cuando el

uso de drogas afecta negativamente –en forma ocasional o crónica– a una o más áreas de la persona, a saber: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); sus relaciones con la ley (Kornblit *et al.*, 2011).

Esta categoría de análisis se diferencia de las nociones de «uso», «abuso» e incluso del término «adicciones» porque incluye como problemática los usos esporádicos e incluso ocasionales, puesto que también en ellos se puede llegar a consumir en forma excesiva, aunque sea una sola vez. Entonces, «lo que lo vuelve problemático es la

pérdida de control sobre sí mismo o para los demás bajo los efectos de una sustancia» (Kornblit *et al.*, 2011), independientemente de la frecuencia con que este hecho ocurra.

De lo presente se desprende que conceptualizar la problemática de este modo implica comprender las subjetividades que se ponen en juego en la situación de uso problemático de sustancias, el saber los porqué y los para qué cada persona elige una sustancia, en qué momento lo hace y cuándo ese consumo se transforma en problemático y para quiénes.

Asimismo, se considera que la susceptibilidad al uso problemático de sustancias psicoactivas a largo plazo resulta de una combinación de factores etiológicos, genéticos y ambientales que operan en períodos tempranos de la vida. Las características principales que subyacen son la periodicidad, cronicidad, vulnerabilidad o resiliencia.

El sujeto, al involucrarse en una conducta de uso problemático de sustancias, emprende la búsqueda en forma caótica y riesgosa de sensaciones, anulando sentimientos e impidiendo una conducta adecuada a la circunstancia habitual; y la mente que surge con el fin de integrar lo que se siente y se piensa con la acción hacia el entorno pierde el control de cómo se actúa, tergiversando cómo se piensa, y se altera la relación con el medio. Asimismo, se afecta profundamente el sistema límbico (circuito de lo vital y propioceptivo), el paralímbico (circuito valorativo –dar importancia y jerarquizar–), el sistema pineal (traducción de señales lumínicas en químicas permitiendo la sincronización de los ritmos biológicos endógenos, ritmos circadianos), el sistema neurológico central y periférico (expresión de neurotransmisores y neuroreguladores, factores de crecimiento y fenómenos de neuroplasticidad), teniendo en cuenta que hay diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas según el género.

El consumo problemático de sustancias psicoactivas crece rápidamente en el universo femenino que es de por sí más vulnerable en

tanto organismo ciclado y más expuesto a peligros para sí y para sus hijos, con respecto al rol materno socialmente establecido que la ubica en la función de cuidado y protección de éstos.

La vulnerabilidad se da como sucesión de pérdidas invisibles (paralización, desorganización, desesperación, reorganización). Ejemplo de ellas son el trastorno disfórico premenstrual, exacerbación de la depresión mayor o menor, trastorno de ansiedad, bipolaridad, incremento de síntomas psicóticos, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias: alcohol, nicotina, benzodiacepinas, entre otros; en el caso de las personalidades *borderlines* o limítrofes con gran aumento de la agresividad, le siguen la depresión postparto y la psicosis postparto y el climaterio. Dichas situaciones configuran en el ser femenino la necesidad de lograr equilibrio entre las demandas socioculturales y las posibilidades que dependen de factores psicodinámicos que sólo serán efectivos si se asientan sobre un psiquismo y redes neuroendocrinas indemnes, plásticas y en permanente maduración.

Lo adecuado en lo vital es la adaptación circadiana, metabólica, endócrina y psicológica a cambios permanentes, la fluctuación y la adaptabilidad definen la salud, por lo tanto la pérdida de esta capacidad es la enfermedad o la muerte. La adicción provoca el refugio en un estímulo externo para responder siempre con conductas rígidas – inducidas– desadaptativas, en desconexión con el entorno. De esta forma se da fundamento a la soledad que instaló el trauma pretérito para depositar al consumidor nuevamente en el espacio entrópico.

Material y métodos

La investigación realizada presenta un tipo de diseño descriptivo y tomó como unidad de estudio a un grupo de veintisiete mujeres en situación de uso problemático de sustancias psicoactivas que han

asistido a la Guardia del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) durante el primer semestre del año 2014. El recorte geográfico que se tomó para el análisis de la problemática se basó en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), dado que éste es el único dispositivo que aborda específicamente la problemática de adicciones a nivel nacional y además, otorga accesibilidad a los integrantes de la investigación para poder recoger los datos necesarios y dar respuesta al objetivo de estudio.

Como instrumento de recolección de datos se utilizó la implementación de una encuesta semiestructurada, la lectura de historias clínicas y registros, la observación. Asimismo, para el análisis de los datos se realizó la lectura de material bibliográfico específico de la temática en estudio, legislación vigente, recopilación de datos existentes en censos, encuestas y estadísticas.

De acuerdo con el planteo del problema, y los objetivos propuestos, se utilizó un acercamiento metodológico cuantitativo y cualitativo.

El uso de la metodología de tipo cuantitativa tenía como objetivo medir aspectos del fenómeno en estudio, comparar resultados e interpretarlos luego en función del marco teórico de referencia. Algunas de las variables consideradas fueron la edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia actual, estado civil, clase social, cantidad de hijos, nivel educativo, situación laboral, cobertura social, grupo familiar conviviente, entre otras.

La metodología cualitativa permitió recuperar el contexto y las dimensiones humanas del fenómeno en estudio, realizar un estudio en profundidad, reconocer aspectos subjetivos característicos de los actores involucrados por la problemática. Los aspectos que se consideraron aquí fueron los siguientes: caracterización de la modalidad de consumo de sustancias psicoactivas; limitaciones para acceder al tratamiento; situaciones vividas como vulnerabilidad en la actualidad y en la historia de vida de las mujeres; percepción sobre la situación

acerca de la que consultan; pautas de cuidado del cuerpo, historia de la familia de origen, situaciones de abuso físico y psicológico, líneas de intervención propuestas por el equipo profesional de Guardia.

A fines de poder dar cuenta de los resultados obtenidos y en función de los objetivos específicos del trabajo se ha decidido organizar la información en tres capítulos. El primero de ellos, referente a la caracterización que presentó la población entrevistada; el segundo, vinculado con los factores de riesgo y protección de dicha población, y el último capítulo detalla los principales aspectos a considerar para el abordaje en la Guardia Interdisciplinaria de las situaciones de mujeres que hacen uso de sustancias psicoactivas.

Capítulo I. Caracterización de la población

Situación social, económica y vincular

Se tomó para el análisis una muestra de veintisiete mujeres de entre 18 años y 51 o más.² El 37% de ellas han nacido en la Ciudad de Buenos Aires y un porcentaje igual en el Gran Buenos Aires.³ El 18,6% ha nacido en otras provincias y un 7,4% ha nacido en otros países. Al indagar el lugar de residencia actual se visualizó que el 48,15% de las mujeres vive en la Ciudad de Buenos Aires y el 51,85% restante vive en el Conurbano Bonaerense.⁴

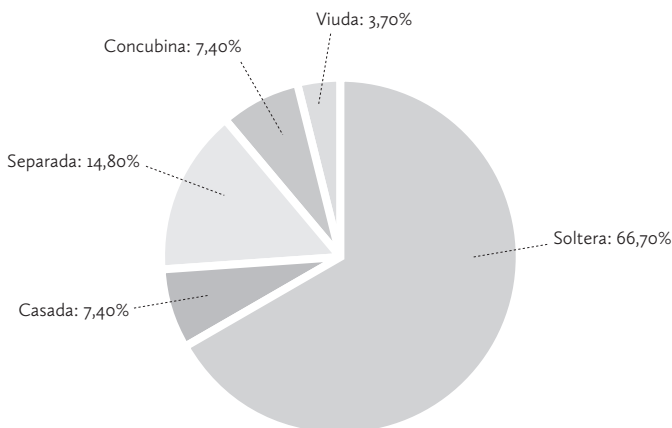
El 85,2% de las mujeres no presentan cobertura social. En cuanto al estado civil de las entrevistadas se observa que el 66,7% es soltera; el 7,4% presenta unión formal (casada); un 14,8% está separada de hecho y 7,4% está unida de hecho (concubinato). Sólo el 3,7% es viuda.

² Véase en la p. 115 el gráfico 1: Muestra según edad.

³ Véase en la p. 115 el gráfico 2: Lugar de nacimiento.

⁴ Véase en la p. 116 el gráfico 3: Lugar de residencia actual.

Estado civil



Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Al indagar la situación económica de las mujeres asistidas se observó que el 70,4% de ellas presenta un nivel de ingresos bajos, y de este porcentaje un 18,5% está en situación de indigencia. Sólo un 25,9% es de clase media y un 3,7% es de clase alta.⁵ Esto puede relacionarse con el nivel de estudios alcanzados, pues el 63% de la muestra no ha logrado finalizar sus estudios secundarios. El 37% restante, que presenta secundario completo o terciario completo, se da en mujeres hasta 36 años.⁶

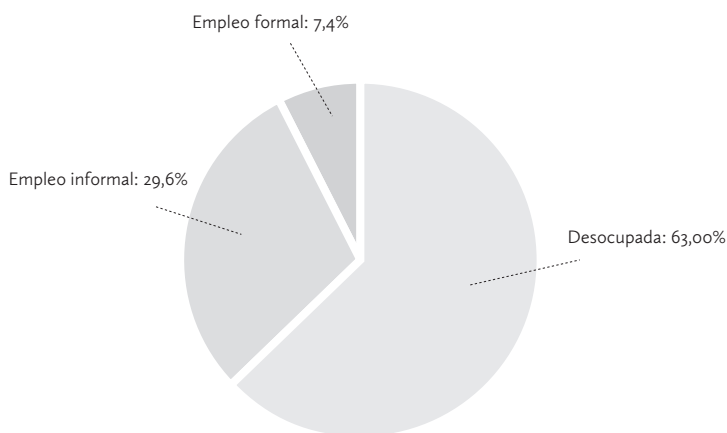
En cuanto a los motivos de abandono de la escolaridad las respuestas más frecuentes se relacionaron con la situación de consumo, embarazos a edades tempranas, maltrato y cuidado de hijos. Al evaluar posibles trastornos de aprendizaje sólo el 33,3% ha manifestado presentar alguno de los siguientes trastornos: repetición (22,2%), trastornos de conducta (55,6%), desadaptación (11,1%), déficit atencional (11,10%).

⁵ Véase en la p. 117 el gráfico 5: Situación socioeconómica.

⁶ Véase en la p. 116 el gráfico 4: Nivel educativo.

En relación con el ámbito laboral el 63% de las entrevistadas se encuentra desocupada y el 37% restante posee empleo. Sin embargo, 80% del total que posee empleo es de tipo informal. En cuanto a los motivos de desempleos las mujeres lo atribuyen a la situación de consumo, a la maternidad y a los niveles de desempleo existentes.

Situación laboral



Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Como se ha señalado precedentemente, el 77,8% de las mujeres entrevistadas son además madres. El 50% de las mujeres de 18 a 20 años posee un hijo; el 100% de las mujeres restantes posee entre 2 y 4 hijos.

En cuanto al grupo familiar conviviente el 33,4% de las mujeres vive con su familia propia; el 29,6% vive sola en situación de calle y esto ocurre en las mujeres de 18 a 25 años o bien en mayores de 46 años. El 14,8% vive en familia de tipo ampliada; el 7,4% en familia de tipo ensamblada y el 14,8 vive con su familia de origen.⁷

⁷ Véase en la p. 117 el gráfico 6: Grupo familiar conviviente.

Caracterización del momento de la consulta

Al momento de la consulta hospitalaria el 59,3% de las mujeres concurren solas; el 40,7% restante es acompañada por referentes comunitarios o de salud y de ese porcentaje, sólo el 13,4% concurre acompañada por familiares o amigos.⁸

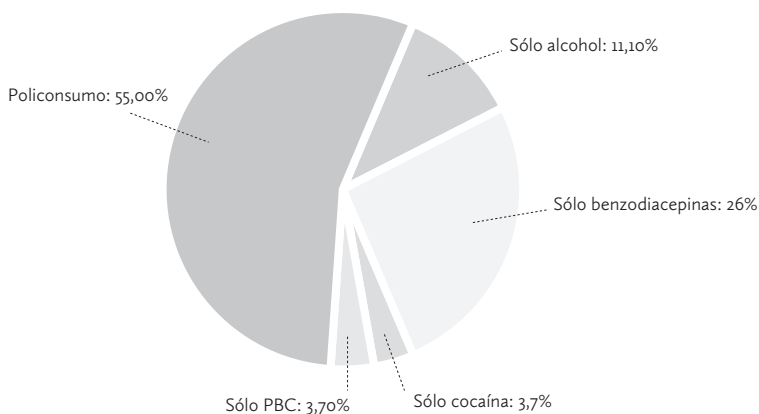
En el 96,3% de las situaciones las mujeres han mostrado tener *conciencia en relación con la situación* por la que consultan. Sólo el 3,7% no presentó conciencia de situación ni de enfermedad. El 30% refiere necesidad de hacer tratamiento con la finalidad de poder ejercer el cuidado de sus hijos. Esta respuesta es más frecuente en mujeres menores de 35 años donde sus hijos son más pequeños de edad. En cambio, en las mujeres mayores de 35 años se visualiza el consumo como un problema debido a que no les permite el cumplimiento de sus actividades cotidianas, lo cual genera conflictiva en sus vínculos.

En cuanto a las *sustancias más utilizadas* se observa una prevalencia del policonsumo con un 55% de la población que adopta dicha modalidad; luego el 11,10% consume únicamente alcohol; el 26% sólo benzodiazepinas; un 3,7% sólo cocaína y un porcentaje igual sólo pasta base de cocaína.

Las *sustancias psicoactivas de mayor impacto* en las mujeres entrevistadas varían según las edades. En la franja etaria de 18 a 30 años las sustancias de mayor impacto son el alcohol y la pasta base de cocaína, y en casos eventuales los psicofármacos. Sin embargo en la población mayor a 41 años las sustancias de mayor impacto son los psicofármacos y el alcohol. En la franja de 31 a 40 años las sustancias de mayor impacto mencionadas son el alcohol, la cocaína y los psicofármacos.

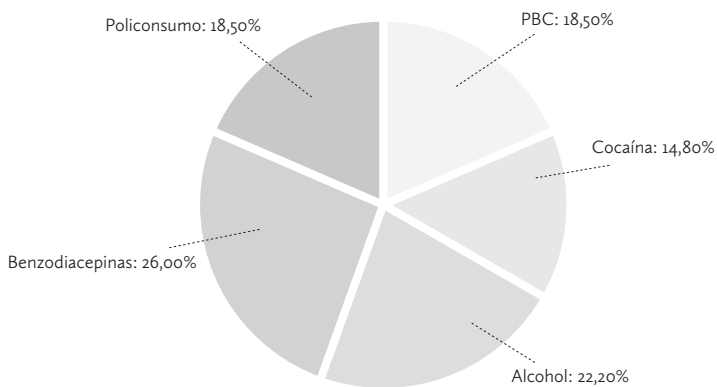
⁸ Véase en la p. 118 el gráfico 7: ¿Con quiénes concurre en el momento de urgencia?

Sustancias utilizadas



Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

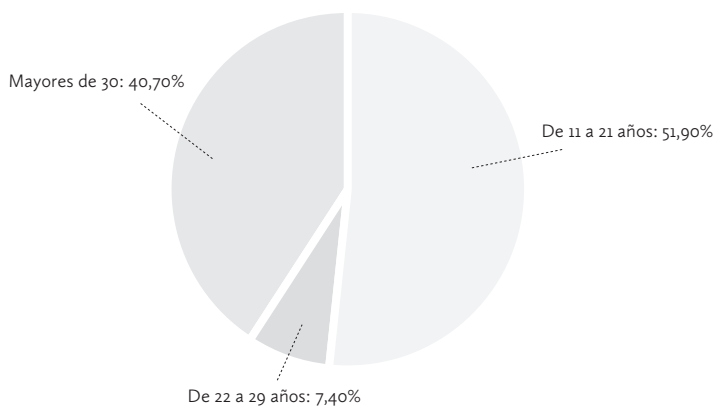
Sustancias de mayor impacto



Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

En cuanto a la *edad en la que han iniciado el consumo* el 51,9% de la población refiere haberlo hecho entre los 11 y 21 años. De este total el 64,2% son mujeres que en la actualidad tienen entre 18 y 30 años de edad. El 40,70% inició su consumo a los 30 años. Sólo el 7,4% ha iniciado el consumo entre los 22 y 29 años.

Edad de inicio de consumo



Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Al ser consultadas por los *tratamientos anteriores* se observó que el 85,7% de las mujeres que tienen entre 18 y 25 años de edad han realizado tratamientos con anterioridad, y de ese total el 83,3% ha sido bajo modalidad de internación y el 16,6% restante, tratamientos ambulatorios. El 14,3% de dicha franja etaria no presentaba tratamientos previos.⁹

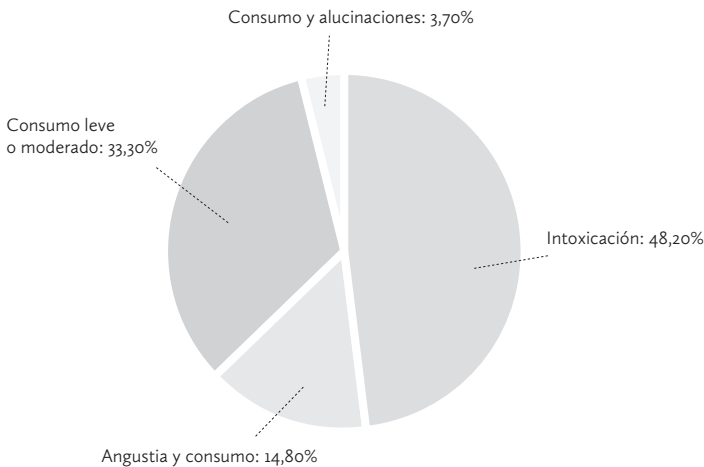
En las mujeres mayores de 25 años el 80% no ha tenido tratamientos anteriores y del 20% restante que ha tenido tratamientos han sido

⁹ Véanse en la p. 121 los gráficos 13 y 14: Tratamientos anteriores en mujeres de 18 a 25 años y tratamientos anteriores en mujeres mayores de 25 años.

en igual porcentaje con modalidad de internación y ambulatorio. En cuanto a los *motivos que limitan el acceso al tratamiento* las entrevistadas vinculan los siguientes: desconocimiento (17%), cuidado de hijos (17%), oposición de la pareja (22%), desmotivación (34,2%), desvalorización personal (4,9%), desconfianza o lejanía (4,9%).¹⁰

En cuanto a los *motivos de consulta* que dieron origen a que las pacientes concurren al dispositivo de Guardia se destaca el de cuadro de intoxicación, con el 48,2%; luego por presentar signos de consumo leve de sustancias psicoactivas, el 33,3%; con cuadro de angustia y consumo de sustancias psicoactivas, el 14,8% y sólo un 3,7% de la muestra presentó alucinación auditiva conjuntamente con signos de consumo.

Motivos de consulta frecuente



Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

¹⁰ Véase en la p. 122 el gráfico 15: Limitaciones de acceso al tratamiento.

Más allá de la sintomatología que motivó la consulta se pudieron identificar otros aspectos que caracterizaron la situación, como por ejemplo que el 43% de las mujeres presentaba signos de depresión, el 26% de las consultas estaban relacionadas con distinto tipo de conflictiva familiar actual, el 16,6% tuvo conductas de auto- o heteroagresión, el 6,6% mostró cuadro de excitación, un 3,4% presentó inhibición psicomotriz y un porcentaje igual a este último tenía percepción delirante.¹¹

Si se analiza la muestra en su totalidad se puede observar que el 50% de las mujeres *obtiene las sustancias* a través de amigos o sus parejas, el 23,3% las obtiene del trabajo sexual, el 10% de la realización de actividades delictivas y sólo el 16,7% las compra.¹² Si se analiza además este aspecto teniendo en cuenta el comportamiento en las diferentes franjas etarias, el 93,3% de las mujeres que obtiene las sustancias a través de amigos o parejas son mujeres mayores de 31 años. En cambio, las actividades de robo y prostitución son llevadas a cabo en el 80% de los casos por mujeres de entre 18 y 30 años.

En cuanto a las *vías de consumo* no se observó ninguna mujer que utilizara la vía inyectable para el consumo. El 21,6% consume a través de la inhalación; el 32,4% fumada y el 46% por vía oral. En el caso de los policonsumos existe una combinación de estas vías de consumo.¹³

Al ser consultadas sobre *con quiénes consumían y en que ámbitos* se pudo visualizar que el 50% de las mujeres consumen solas; el 40% consume en pareja y un 10% consume en grupo de pares.¹⁴ Del 50% que consume sola el 20% lo hace dentro del hogar y el otro 30% consume sola y en la calle.

En relación con el *cuidado de su cuerpo* se identificó que el 74% de las entrevistadas presenta pautas de cuidado del cuerpo, pero el 80%

¹¹ Véase en la p. 118 el gráfico 8: Otros motivos de consulta.

¹² Véase en la p. 121 el gráfico 10: Modalidad de obtención de las sustancias.

¹³ Véase en la p. 120 el gráfico 11: Vías de administración de las sustancias.

¹⁴ Véase en la p. 120 el gráfico 12: Con quiénes consume.

de este porcentaje son mujeres mayores de 31 años. El 26% restante que no presenta pautas de cuidado son mujeres de 18 a 25 años de edad. Lo mismo ocurre al consultar por enfermedades preexistentes, el 96,3% no presenta, pero el 3,7% que posee enfermedades de transmisión sexual son mujeres menores de 20 años.

Capítulo II. Factores de riesgo y de protección

Al considerar que la problemática de consumo de sustancias psicoactivas es un hecho derivado de múltiples dimensiones, donde no existe una razón unívoca que pueda explicar un fenómeno tan complejo, surge la necesidad de identificar y analizar los distintos factores que pueden influir en él y que pueden ser tanto sociales como subjetivos.

Aquellos aspectos que pueden favorecer el consumo problemático de sustancias psicoactivas y dificultar su abordaje serán definidos como «factores de riesgo» y a aquellos que favorezcan el abordaje de la problemática, que sirvan como elementos preventivos o bien que logren disminuir el impacto negativo del consumo problemático se los denominará como «factores de protección». Conocer dichos factores permitirá en la intervención de Guardia potenciar aquellos de protección y a su vez intentar disminuir o eliminar el impacto de los factores de riesgo. Es de importancia mencionar que si una característica actúa como factor de riesgo, no significa que necesariamente tenga que producir tal resultado, es decir, no deben comprenderse como una relación causa-efecto. Además, deben ser pensados en relación y no de modo aislado uno de otro.

Factores de riesgo

Un 25,9% de la población en estudio ha tenido historias de migraciones internas o externas a lo largo de su vida.

El 51,85% de las personas asistidas vive en la actualidad en el Conurbano Bonaerense, es decir que viven a varios kilómetros del dispositivo de asistencia. Este factor lleva a pensar en la necesidad de diseñar una red de asistencia con efectores estatales cercanos a la comunidad en la que viven a fin de facilitar el acceso a la salud y generar derivaciones asistidas. Se piensa en efectores estatales dado que el 85,2% de las mujeres no presentan cobertura social.

Del análisis del estado civil de las mujeres se desprende que el 85,2% vive sin pareja y el 14,8% posee pareja. Cabe destacar que las parejas con unión formal se dan en las mujeres mayores de 41 años. Estos resultados coinciden con el análisis propuesto por el Observatorio Argentino de la Maternidad, que hace referencia a los cambios que se dan actualmente en las estructuras y dinámicas familiares. Dicho observatorio afirma que

el contexto familiar en el cual se produce la maternidad es más heterogéneo y dinámico que un cuarto de siglo atrás. En la actualidad se asiste a un incremento de las uniones consensuales y de la disolución de los vínculos conyugales. También aumentaron los hogares monoparentales con jefatura femenina e hijos a cargo (Lupica y Congliandro, 2009, p. 6).

Un alto porcentaje de las mujeres presenta vulnerabilidad en relación con su situación económica dado que el 70,4% de ellas tiene un nivel de ingresos bajo y de este porcentaje un 18,5% está en situación de indigencia. Esto podría vincularse tanto con el alto nivel de mujeres que son madres jefas de hogar (77,8%), con el nivel de desempleo de dicha población que alcanza el 63% de la muestra; con las características de los empleos, que son en su mayoría precarios, informales, de bajos salarios y sin coberturas sociales y con el bajo nivel de estudios que posee la población en análisis.

Es de importancia remarcar que si bien el trabajo cumple una función en cuanto a las posibilidades de producción y reproducción social, también cumple una función central en la construcción de subjetividad de los sujetos. La magister en salud pública y psicóloga, Ana Augsburger afirma al respecto que

tanto la construcción de la identidad como la construcción de significados sobre la existencia singular y social están dadas por medio del trabajo [...] las condiciones crecientes de explotación, enajenación e incertidumbre imprimen un quiebre en la subjetividad, favoreciendo la fractura de vínculos grupales e institucionales, instalan problemáticas subjetivas y colectivas (Lupica y Congliandro, 2009, p. 68).

En síntesis, las problemáticas de desempleo o precariedad laboral configuran situaciones difíciles de aceptar y tramitar psíquicamente ya que ponen en crisis las posibilidades de subsistencia y la identidad de los sujetos. Esto puede visualizarse claramente en los siguientes relatos:

M. I., paciente de 47 años, madre de tres hijos, con secundario incompleto que se presenta a consultar por consumo de cocaína, cuadro de angustia y problemática familiar. Durante la entrevista refiere: «Trabajo como empleada de comercio, pero realmente me hubiese gustado ser abogada y poder ejercer como abogada de familia, es un sueño que creo que ya no podré concretar».

S., paciente de 50 años que vive actualmente sola, se encuentra separada de su marido desde hace varios años, con estudios secundarios incompletos, consulta por policonsumo (alcohol, PBC y THC) y comenta: «Por suerte desde hace un largo tiempo trabajo como promo-

tora y vendedora en cosmetología, estoy ¡tan contenta! Es el trabajo que más me gusta de todo lo que hice hasta ahora, me llevo bien con mis compañeras, este trabajo me liberó de tener que soportar cosas que me hacían mal, me deprimían».

Se recuerda que el 63% de la población no ha logrado finalizar sus estudios secundarios, y se mencionan como motivos de dicho abandono la propia situación de consumo, embarazos a edades tempranas, maltrato y cuidado de hijos. Este factor incide negativamente con mayor intensidad en las mujeres más jóvenes, quienes muestran mayor dificultad para finalizar sus estudios, situación que impacta negativamente sobre las posibilidades de empleo en la actualidad y a futuro. La Lic. Lupica denomina a estas situaciones como «desventajas por la maternidad» (Lupica, 2008, p. 7) en el ámbito productivo, porque participan menos en el mercado laboral, tienen más posibilidades de insertarse en el mercado laboral informal de baja calidad y reciben menores ingresos por el trabajo desarrollado. Sin embargo, más allá de estas desventajas, tienen la responsabilidad de sostener económicamente sus hogares, dado el alto nivel de mujeres madres jefas de hogar.

En relación con el estado de vulnerabilidad mencionado anteriormente resulta interesante incorporar el análisis que realiza la antropóloga María Epele, quien vincula el consumo de sustancias psicoactivas y las condiciones de extrema marginación socioeconómica afirmando que la exposición crónica a este tipo de maltratos sociales genera la «cronificación del trauma» (Epele, 2001, p. 119), que influye tanto en el consumo como en la participación de la economía de las drogas.

El 50% de las mujeres de 18 a 20 años tiene un hijo; el 100% de las mujeres restantes tiene entre dos y cuatro hijos. De las entrevistas surge que el 14,80% de las pacientes perciben el consumo como una situación que dificulta el ejercicio de la maternidad. Castilla y Lorenzo, al respecto expresan que

la maternidad como gran hecho social, tanto en Argentina como en el resto de la región latinoamericana, continúa consolidándose como uno de los grandes ejes sobre los cuales se erigen tanto las identidades femeninas como la vida cotidiana de las mujeres (Castilla y Lorenzo, 2012, p. 71).

De esta manera entienden que desde los discursos políticos y sociales la responsabilidad de la cobertura de las necesidades de los hijos se encuentra centrada en la figura de la madre.

En relación con las mujeres que consumen sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta los períodos de consumo, estas autoras elaboran el concepto de «emociones maternas suspendidas» remitiendo a la

supresión transitoria de la capacidad de expresar sentimientos vinculados a la afectividad filial entre madres e hijos, sin negar *per se* la persistencia del sentimiento de amor materno que [...] puede adoptar la forma de apariciones, llamados imaginarios de los hijos o premoniciones. Es decir, dentro de las condiciones propias del consumo de PBC/paco, surgen expresiones que mixturán el amor maternal y el cuidado hacia los hijos, aun distanciándose de las normativas que impone el modelo de maternidad responsable (Castilla y Lorenzo, 2012, p. 78).

Si se analiza el grupo familiar de convivencia de las entrevistadas se puede visualizar que dichos grupos familiares están conformados por modelos familiares que no son los tradicionales sino que dan cuenta de las modificaciones que se dieron en las últimas décadas dentro de las familias. Pues el 14,8% vive en familia de tipo ampliada; el 7,4%, en familia de tipo ensamblada y el 14,8% vive con su familia de origen. Nuevamente este aspecto podría estar reflejando los cambios ocurri-

dos en las morfologías de las familias conocidas en décadas anteriores como «tradicionales», donde existía la presencia de un padre proveedor, una madre mujer encargada del cuidado de los niños y las tareas domésticas. Se podría pensar que los cambios económicos y políticos ocurridos en las últimas décadas generaron una brecha cada vez mayor entre el modelo posible y el socialmente esperado. Obviamente, este modelo de familia ideal se funda sobre nociones y relaciones de género presentes en algunos sectores de la sociedad.

Otro factor de riesgo que dificulta las estrategias de abordaje en la Guardia es que al momento de la consulta hospitalaria el 59,3% de las mujeres concurren solas y sólo el 13,4% concurren acompañadas por familiares o amigos. Esto supone una dificultad al momento de recabar la mayor cantidad de información que permita comprender la situación de urgencia, y además la indagación de redes existentes se convierte en uno de los ejes a trabajar durante el proceso de intervención.

En cuanto a las sustancias más utilizadas se observa una prevalencia al policonsumo con un 55% de la población que adopta dicha modalidad. Es de importancia remarcar que el consumo exclusivo de alcohol y benzodiazepinas ocurre en mujeres mayores de 26 años; en el caso de consumo únicamente de benzodiazepinas, se da en el 30% de las mujeres mayores de 37 años, y se observa un aumento de la cantidad de personas afectadas por este tipo de consumo a medida que aumenta la edad. En cambio, la modalidad de policonsumo de mayor número de sustancias ocurre a edades más tempranas con mayor impacto en la población de 18 a 20 años; en la franja de 21 a 35 años el policonsumo se reduce a tres sustancias (alcohol, cocaína y psicofármacos). En las mujeres de 36 a 51 años el policonsumo se da combinado en dos sustancias (alcohol y cocaína, o bien alcohol y benzodiazepinas). En todos los casos de policonsumo existe como común derivador el consumo de alcohol.

Se tienen en cuenta los datos hallados en relación con el motivo de consulta, tipos de sustancias utilizadas, antecedentes de inicio de consumo tanto en función de la edad como de las sustancias de mayor impacto en ese momento, y se halla que prevalece el policonsumo; en correspondencia con la impulsividad y compulsión en íntima relación con la disfunción estrógeno-progesterona y las circunstancias vividas desde la infancia a la adultez que instalan a la mujer en un estado de vulnerabilidad importante ante estresores en la conflictiva vital con impacto destacado en el orden familiar, laboral y social.

En relación con los estresores propios del género femenino, el Observatorio de Género y Pobreza menciona que las mujeres en situación de pobreza son más vulnerables al estrés que causan las tareas domésticas, el cuidado de los niños y la relación con su pareja. Dicho informe explica que el ámbito doméstico se convierte en estresante debido al

tipo de sociabilidad que asumen: forman vínculos más sólidos y al mismo tiempo se comprometen más en las relaciones y en los problemas de los allegados y también tienen mayores responsabilidades sobre el cuidado de los demás [...] las actividades que allí se desarrollan son rutinarias (Climent, 2009).

A esto debe agregarse que las mujeres que son madres y se hallan inmersas en el mercado laboral tienen como agente estresor la difícil tarea de compaginar la familia con el trabajo. Pues la mujer trabajadora no se desliga de ser la principal responsable de las tareas del hogar y del cuidado de los miembros de la familia, lo cual se traduce en una doble jornada de trabajo.

Continuando con el análisis del policonsumo, cabe destacar que tanto dicha modalidad de consumo como el uso de alcohol altera el hipocampo en la memoria instintal genética, de modo que se deja al

individuo privado de engrama mnémico, se activa la autopreservación y se disparan las conductas *fight, flight, faint, freeze*;¹⁵ aparece la búsqueda de sensaciones como significativo ser, se desgrava la existencia, el riesgo es egosintónico, se inhiben las señales de cautela o amenaza, el *septum* no preserva y la ansiedad propulsa al intento reparatorio, adicción y automedicación, se lesiona la comisura anterior y se altera el procesamiento de las emociones y su exteriorización, esto es: alexitimia, silencio y aislamiento.

De acuerdo con Nora Volkow (cit. en Dorado, 2010) aquellos con mayor vulnerabilidad a desarrollar una adicción son personas que tienen una menor densidad de ciertos tipos de receptores dopaminérgicos en el *accumbens*, por ello tienen menos capacidad de actuar su circuito de reforzamiento por vías naturales y sólo la exposición a una sustancia diferente puede alcanzar el nivel de afinidad del circuito de reforzamiento. Quiere decir que para paliar el estrés no serían suficientes los activadores placenteros habituales y se cae en la necesidad de otros estímulos.

En las alteraciones de conducta a través de estudios de descendencia se comprueba la acción de la proteína DIS.C1 en la translocación del cromosoma 1-11 como factor de vulnerabilidad para los trastornos psiquiátricos, de modo tal que los agregados DIS.C1 producen un efecto patológico en las neuronas al causar una disrupción del transporte intracelular de organoides claves como la mitocondria; esta información muestra que DIS.C1 es reclutada en agrosomas con efectos negativos en la función neuronal. El gen DIS.C1 (*Disrupted in Schizophrenia*) opera como factor de susceptibilidad no sólo para la esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión recurrente y trastornos de conducta; vale decir que la cognición, afectividad y proliferación hipocampal parecen estar relacionadas con la alteración en el gen DIS.

¹⁵ Lucha, huida, desmayo, congelamiento.

C1 y la proteína que este gen codifica, donde queda implicada la sustancia gris hipocampal en la formación de la memoria. Además del desbalance dopaminérgico también queda involucrado el glutamato y la serotonina.

El procesamiento de la información queda afectado precisamente por el desconcierto en las neuronas prefrontales. Por lo tanto una sensación placentera con euforia y consumo es un delirio alucinante que migra reclutando cognición y timia por un túbulo infundíbulo hacia la sustancia gris periacueductal al hipotálamo ventral, núcleos hipotalámicos, parabraquial y tálamo con función incierta pero vital, con emoción, placer y recompensa desde el área tegmental ventral al *accumbens* en el estriado ventral en pleno delirio alucinatorio siempre en positivo como sus síntomas.

Con el alcohol que se une a receptores GABA-A y opioides, hace que estos últimos medien en la búsqueda del alcohol, y la naltrexona que antagoniza al opioide reduce la ansiedad de beber. También el alcohol se une a receptores glutamatérgicos y N-metil-D-aspartato con canales de calcio y sodio, lo que explica el primer efecto excitatorio y posterior.

En el caso de los estimulantes cocaína y anfetamina (3,4-metilendio-ximetanfetamina, HDMA o éxtasis), van desde la euforia con aumento de empatía hasta la irritabilidad y paranoia con alucinaciones mediante, y pueden llevar a la hemorragia cerebral, alteraciones cardiovasculares, hipertermia, *stroke*, pánico o psicosis debido al estímulo noradrenérgico, dopaminérgico, serotoninérgico, glutamatérgico, adrenal; con confusión, labilidad autonómica y neuromuscular. La cocaína bloquea la recaptación de dopamina, noradrenalina y serotonina.

Las anfetaminas causan liberación, y así alteran las vesículas de almacenamiento con acción IMAO intrínseca (estimulan noradrenalina, serotonina, glutamato), con acción neurovegetativa y conductual, irritabilidad y paranoia. La cocaína y la anfetamina también ac-

túan sobre el péptido CART regulador de transcripción, y también sobre moduladores del sistema mesolímbico con ubicación en el área tegmental ventral, palidum, amígdala, hipotálamo natural y núcleo *accumbens*, que son circuitos de recompensa y reforzamiento con efecto psicoestimulante.

La nicotina se une al receptor nicotínico-colinérgico con canal de sodio y altera varios circuitos dopaminérgicos y también lo hace en el sistema endocannabinoide.

Las benzodiazepinas se unen a receptores GABA-A facilitando la entrada de cloro; su uso en adictos está vinculado a paliar los efectos de los psicoestimulantes, pero al potenciar los efectos del alcohol, se convierten en sustancias peligrosas además de por su fácil accesibilidad.

Los alucinógenos se unen a receptores serotoninérgicos 5-HT₂, 5-HT₃, 5-HT₆.

La ketamina o fenciclidina median su acción por el antagonismo de la recaptación de glutamato y NMDaspartato (aminoácidos excitadores). El LSD y mezcalina son antagonistas parciales de la 5-HT_{2A}, mientras que la salvinorina A activa receptores opioides. Éste es el principal psicotrópico presente en la saliva, es un enterógeno natural disociativo y alucinógeno muy potente siendo superado por el LSD, que se une a receptores serotoninérgicos y a otros no conocidos hasta el momento.

La marihuana se une a receptores cannabinoides CB₁ y CB₂ acoplados a la proteína G (ganglios basales, regiones corticales); tiene como ligando endógeno anandamida (*bliss*, o «bendición» en sánscrito) y se une al ácido araquidonilglicerol, que es un psicodisléptico, y también a oiletanolamidas (amidas de ácidos grasos), que son mediadores endógenos que incluyen a la araquidoniletanolamida (amantanida, AEA), la palmitoiletanolamida, PEA, la oleilamida y la oiletanolamida (OEA); estos últimos son endocannabinoides. Así como la anandamida es li-

gando del receptor CB₁ localizado en SNC, la palmitoiletanolamida es ligando del CB₂ localizado en el sistema nervioso periférico, y la OEA actúa sobre el adiposito. Otro endocannabinoide importante es el araquidonilglicerol, que actúa en el SNC, sistema inmunológico, superponiéndose a la acción de la AEA.

Los agonistas de CB₁ producen disminución de movimientos, hipertermia, analgesia e interferencia mnésica (es decir, déficit en la memoria a corto plazo, errores en la percepción del tiempo y espacio y en otras funciones cognitivas superiores, euforia, disforia, activación dopaminérgica, límbica y paralímbica de placer o refuerzo positivo).

La cocaína en forma directa y el alcohol en forma directa (hepatotóxico) impiden la catabolización de los estrógenos, y producen acción estrogénica en la mujer y feminización en el hombre; también se regula el CRH responsable de la respuesta a los ritmos circadianos y al estrés o al alerta, lo cual altera el ritmo secretorio que puede no restaurarse.

La nicotina produce hiperactividad adrenal, y potencia fenómenos estresores.

Los psicoestimulantes son profundos perturbadores de la función tiroidea, la intoxicación con cocaína es similar al síndrome hipertiroideo y la abstinencia al hipotiroideo.

La TSH y la TRH quedan bloqueadas en los adictos a la cocaína, similar a lo que ocurre en la depresión endógena.

El alcohol y las benzodiazepinas inhiben la síntesis de prolactina en la hipófisis, que inhibe a su vez la síntesis de dopamina en el hipotálamo.

Las anfetaminas y cocaína aumentan la serotonina y la prolactina en el consumo moderado.

Los psicoestimulantes en el uso agudo aumentan la liberación de gonadotrofinas, y en el uso crónico la disminuyen por la alteración que producen en el sueño, ya que suprimen el pulso secretor por abolición de la fase 3 y 4 del sueño lento.

Los sedativos como las benzodiazepinas por agonismo GABA dan liberación de dopamina y de gonadotropina hasta en un 50%, pero en altas dosis la inhiben totalmente.

El alcohol bloquea la liberación de LH con alteración en la sexualidad con ciclos irregulares en la mujer, amenorrea, anovulación e infertilidad. Eleva temporalmente los estrógenos al inicio del consumo (gratificación), pero en el consumo crónico aumenta la testosterona, por lo que aumenta el deseo sexual pero disminuye la *performance* y la fertilidad, y cambia seducción por agresividad.

En este tipo de consumo el sujeto se encontraría intentando regresar a un estado libre de tensiones y de estímulos, subsumiéndose hacia el campo de lo real, en tanto la reducción de tensiones en el niño depende de la función materna que brinda una protección primaria, en un intento de restituir el equilibrio perdido del espacio intrauterino.

La nicotina incorporada de más de diez cigarrillos aumenta la beta-endorfina, y esto inhibe temporariamente el eje gonadal.

La marihuana produce la inmunosupresión celular y humoral y suprime la formación de anticuerpos; la función de la NK y la emigración leucocitaria y la composición de sustancias diez veces más irritantes del árbol respiratorio y cancerígenas que las del tabaco (benceno, benzotraceno y benzopireno) (López Mato, 2008); Norma Elena Vallejos en *Aspectos toxicológicos de la drogadependencia* (1997), además alerta sobre la presencia de espermatozoides anormales con disminución de la motilidad, descenso de testosterona plasmática y ginecomastia con reducción del tamaño testicular que se asocian a lo expresado por el Dr. Julio Moizeszowicz en *Psicofarmacología y psicodinámica IV* (Moizeszowicz y Moizeszowicz, 1998): alteraciones genéticas y cambios estructurales con ruptura de cromosomas, translocaciones, errores de segmentación, retardo del desarrollo fetal, hipoxia y alteraciones del metabolismo fetal, inducción de cambios en el ADN y ARN que produciría el consumo del Delta-9 THC. Por lo mismo Harold L. Kaplan, Benjamín J. Sadock y Jack

A. Grebb en *Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica* (1996) comentan que algunos estudios indican que el uso prolongado de *cannabis* se asocia a una atrofia cerebral, mayor susceptibilidad a las crisis comisiales, daños cromosómicos, defectos de nacimiento, alteraciones en la reactividad inmunológica, alteraciones en la concentración de testosterona e irregularidades en el ciclo menstrual. Completa este apartado lo investigado por Tom Misteli del Instituto Nacional del Cáncer en Bethesda, Maryland: mediante la obtención de imágenes comunica que ciertos tipos de cáncer surgen cuando en una célula se rompen los cromosomas y posteriormente se unen entre sí de manera inapropiada, de modo que forman una combinación aberrante o translocación, tal como sucede en el linfoma de Burkitt, donde los cromosomas próximos entre sí se combinan con mayor frecuencia. Con respecto a este hallazgo resulta importante la acción de las radiaciones y las toxinas en dicho mecanismo.

Analizando el uso de las diversas sustancias psicoactivas desde el aporte antropológico y la noción de «trauma social» caracterizado por procesos sociales de marginación que imprimen formas de violencias menos evidentes y visibles, pero con consecuencias devastadoras, se piensa al consumo como una estrategia artificial de los usuarios para lograr estados disociativos de la consciencia orientados a olvidar, negar y reprimir, al menos transitoriamente, el evento traumático que viven cotidianamente.

En cuanto a la edad en la que han iniciado el consumo, el 51,2% de la población refiere haberlo hecho entre los 11 y 21 años. De este total el 64,2% son mujeres que en la actualidad tienen entre 18 y 30 años de edad. Se puede observar que la edad de inicio aumenta a medida que aumenta la edad de la persona entrevistada y en contrapartida, que el inicio de consumo en edades tempranas es un fenómeno que se visualiza en las tres últimas generaciones. Asimismo, cabe destacar que el 14% relaciona el inicio del consumo con el ejercicio de la prostitución, que en algunos aparece en concordancia con la vivencia de encon-

trarse en situación de calle luego de haberse alejado del hogar por conflictiva familiar. El 29,6% ubica los inicios del consumo en función de conflictiva de pareja de larga data que en algunos casos termina en separación, también conflictiva vincular con los hijos y/o fallecimiento de un hijo (el mayor porcentaje de estos casos se ubica en las franjas etarias a partir de los 31 años). El 11,10% lo refiere concordante con la aparición de sintomatología fóbica y crisis de angustia y ansiedad. El 8,3% corresponde a diversas categorías: inicio del consumo posterior a internación psiquiátrica con diagnóstico de esquizofrenia, abandono escolar en la pubertad, conductas antisociales previas al inicio del consumo.

En las mujeres mayores de 25 años, el 80% no ha tenido tratamientos anteriores a esta consulta. De esto se desprende que si bien las mujeres más jóvenes inician consumo a edades más tempranas, logran recibir asistencia más rápidamente de mayor intensidad (internación) que las mujeres mayores, quienes en algunos casos llegan al tratamiento hasta diez años luego de haber iniciado el consumo. En cuanto a los motivos que limitan el acceso al tratamiento, un 37% de las mujeres los han relacionados con cuestiones inherentes al género femenino, como por ejemplo el cuidado de sus hijos y la prohibición de sus parejas a realizarlo.

Si se analiza la muestra en su totalidad se puede observar que a menor edad de la mujer, mayor exposición corporal a situaciones de riesgo para obtener las sustancias que consumen.

El 50% de las mujeres consumen solas y un 30% además lo hace fuera del hogar, lo cual aumenta la exposición a situaciones de riesgo.

Existe un 26% de las mujeres de 18 a 25 años que no presenta pautas de cuidado del cuerpo. De hecho el 3,7% que posee enfermedades de transmisión sexual son mujeres menores a 20 años de edad.

El 37% de las pacientes entrevistadas relaciona el inicio del consumo con experiencias vitales tempranas vividas como estresantes, reales y objetivables, como vivencias de abandono materno, paterno

o ambos, y maltrato infantil con abuso sexual; es decir que han transcurrido su infancia y adolescencia en un entorno disruptivo.

«La violencia deja marcas en el cuerpo, en algunos casos, y profundas marcas invisibles en todos los casos» (Pincever, 2008, p. 37). De acuerdo con esta autora, no sólo son síntomas las heridas, hematomas y fracturas, sino también la disminución del tono muscular, la apatía, la tristeza en la expresión del rostro y la falta de respuesta, que se deben a la falta de estímulo, producida por la negligencia de las funciones parentales; si además hubo mala alimentación pueden padecer distintos grados de retraso madurativo. Son personas que suelen presentar somnolencia, irritabilidad, y en ocasiones hambre persistente e insuficientes hábitos de aseo y pautas de cuidado con respecto a lo corporal. La sumatoria y sucesión de acciones u omisiones violentas impactan en la constitución subjetiva del niño/a y generan situaciones de desconfianza en las relaciones con los adultos, alteraciones en el control de los impulsos (especialmente la ira y la agresividad), miedos, retrasos madurativos, inhibiciones, baja autoestima y necesidad exagerada de la aprobación de los otros o por el contrario, el aislamiento. Debido a esto la escolaridad y la inclusión en otras instituciones necesarias para la circulación social les será muy compleja, por lo que quedarán expuestos a fracasos que retroalimentan los síntomas, ya que el mundo para ellos no sólo es peligroso sino que a partir de la culpabilización de la que fueron objeto, se culpan a sí mismos por cada situación sentida como de fracaso: «Nunca hago nada bien», argumento que se asocia a la incapacidad de pensarse a ellos mismos como sujetos de derechos y por lo tanto de obligaciones. En la adolescencia y adultez suelen manifestar conductas autodestructivas, dificultades en la sexualidad, fobias, accidentes a repetición, también autoagresiones, adicciones y trastornos de la alimentación. Desde una mirada neurobiológica se podría decir que estas conductas se asocian como factor genético de riesgo a un polimorfismo en la región promotora del gen

para la MAO-A de baja actividad metabolizante (MAO o Mono-amino-oxidasa A, enzima encargada de la degradación de los neurotransmisores: dopamina y noradrenalina alojados por fuera de las vesículas sinápticas). El abuso infantil y los momentos estresores tempranos se asociarán con depresión (a los 26 años) en los portadores de alelos S/S que presentan altos porcentajes de neurotismo (hostilidad-ansiedad-depresión), dado que el genotipo S/S o el S/L tienen una disminuida actividad de la 5-HT, y aumenta la activación de la amígdala. También suelen padecer trastornos del sueño, presentan insomnio de conciliación y en ocasiones también terrores nocturnos (manifestaciones asociadas al síndrome de estrés postraumático); y presentan por todo esto problemas para desarrollar competencias sociales.

L., paciente de 20 años (con historia de maltrato y abandono en la infancia), refiere: «Me daba cuenta de que necesitaba ayuda, pero no me animaba a venir sola, necesitaba que me acompañen, me daba miedo, no sabía qué decir».

Considerar los trastornos del sueño como un factor de vulnerabilidad resulta de importancia para el presente trabajo debido a que el 18,52% de las pacientes entrevistadas presenta pesadillas, otro 18,52% refiere padecer de terrores nocturnos, el 59,26% manifiesta insomnio de conciliación y el 3,70%, despertares tempranos. Es decir que la totalidad de las mujeres entrevistadas presentan alguno de los trastornos del sueño. En este punto otro dato que resulta interesante es que el 77,78% duerme sola, es decir que no cuenta con pareja estable.

En síntesis, se puede observar en las entrevistas referencias a actuaciones (pasaje al acto y *acting out*)¹⁶ sin medir las consecuencias,

¹⁶ Se entiende *pasaje al acto* como una escena no sorpresiva, posible de ser anticipada, que aparece como la culminación de aquello que se anticipa, y que cesa en medio de un momento de gran dramatismo, es decir que no perdura en el tiempo. En cuanto al *acting out*, se trata de una escena dirigida al analista donde el sujeto le manifiesta el objeto de su deseo, o bien le muestra hacia dónde se dirige su deseo.

imposibilidad de posponer con tendencia a la gratificación inmediata, que puede implicar conductas de riesgo, falta de voluntad para impedir inducciones inadecuadas para determinadas situaciones.

En función de los datos relevados podemos inferir que, en resumen, se trata de pacientes con un alto grado de vulnerabilidad, ya que la omnipotencia narcisística necesaria para sobrellevar las experiencias traumáticas infantiles (maltrato, destrato, abuso sexual, etc.), especialmente aquellas ocurridas en o desde la temprana infancia, donde por efecto del momento constitucional de la subjetividad suele tornarse culpabilizante para la propia víctima, y la lleva a exponerse a variadas situaciones de riesgo no sólo en relación con el consumo, sino también con conductas sexuales promiscuas y carentes de cuidado, con estados de sometimiento sexual, y con la elección de pareja muchas veces en función de lo siniestro que no se historiza y se hace acto-repetición de vínculos de maltrato.

Al respecto, la neurobiología explica que al nacer, los dos hemisferios cerebrales son equipotenciales. En la segunda semana se van diferenciando; las diferencias hemisféricas se logran alrededor de los tres meses; posteriormente y en forma gradual y paulatina el hemisferio izquierdo dominante psicolingüístico intelectual asume el comando bioaxiopráxicovolicional del comportamiento, se utiliza el pensamiento abstracto conceptual, lógico simbolizante y categorial; su accionar está relacionado directamente con el aprendizaje teórico-práctico.

El hemisferio derecho en forma preconsciente y subordinado al izquierdo crea la intuición, fantasía, meditación, los sentimientos religiosos y esotéricos, asimila los conocimientos metafísicos, filosóficos, teológicos y parapsicológicos, que son imprescindibles para la creatividad científica y el pensar filosófico, colabora con las actividades lingüísticas superiores en lo que concierne al pensamiento verbal y a la fluidez verbal, participa del pensamiento intuitivo. Bioquímicamente los hemisferios presentan asimetrías: la dopamina es algo más domi-

nante en el hemisferio izquierdo y la noradrenalina en el derecho; los receptores de estrógenos son más dominantes en el hemisferio derecho que en el izquierdo, la novedad queda ligada al hemisferio derecho y la rutina al izquierdo (Oalley y Plotkin, 1979). Se puede considerar al cerebro en el procesamiento de la información como un sistema de impulso y activación, y de percepción y acción.

El fenotipo vulnerable tiene hiperactividad límbico-hipotalámico-hipofiso adrenal con hipertono noradrenérgico; aumento de los fenómenos de neurotoxicidad y disminución de la neurogénesis, hipofunción tiroidea y somatotrófica consecuencia del aumento de somostatina (neuropéptido relacionado a nivel central con la demora en la extinción de conductas de evitación activa y pasiva, y puede ser responsable de conductas estereotipadas), modificaciones prolácticas y alteración en el eje gonadal, consecuencia de betaendorfinas e inmunosupresión que condicionan respuestas adaptativas y patológicas que pueden perdurar de por vida.

La enfermedad aparece como el resultado de la ruptura de una interrelación de sustancias en permanente cambio a semejanza con el trastorno de ansiedad generalizada y por estrés postraumático, hay una incapacidad para inhibir conductas patológicas por parte de la corteza racional; entonces la invasión del hemisferio derecho o dominante en esa situación particular sobre el izquierdo (racional) disminuye la velocidad de comunicación con otras áreas corticales. La velocidad intra-axónica de desplazamiento del impulso en áreas límbicas (circuito de lo vital, propioceptivo, primigénico, visceral, ancestral) y centros temporales; del cíngulo (que media: miedo y evitación, displacer, orientación esqueleto-motora en respuesta a estímulos nocivos vinculados al planeamiento premotor, evaluación de autorrelevancia) para abajo y para atrás es más rápida que la de las corticosubcorticales responsables de la evaluación restrictiva de las respuestas (lo mismo sucede en la ansiedad generalizada y crónica). Por lo tanto bioeléc-

trica y neuroquímicamente hay predisposición a reaccionar sin inhibición del estallido emocional.

La impulsividad e inestabilidad es síntoma principal con ruido interno alto e hipersensibilidad al mundo externo y/o interno; función de incontinencia emocional crónica que produce depresión secundaria y circular en incontinencia, inestabilidad, frustración, y aparecen también síntomas esquizoides; habrá estados depresivos de horas o días, semanas o meses, porque no hay hiperactividad noradrenérgica ni disregulación informática, sino hipersensibilidad de los receptores noradrenérgicos (receptores alfa 2 adrenérgicos) que da la reactividad e inestabilidad. Recordar que la noradrenalina es el neurotransmisor de la motivación directa, el sistema se activa ante lo interesante, ante el peligro y en procesos de huida y ataque, el hipertono da hiperactividad psicofísica, irritabilidad, excitación. El hipotononoradrenérgico da hiporreactividad, indiferencia y depresión. También hay disregulación serotoninérgica (señal sucia, neurotransmisor responsable de detener la acción y que está involucrado en los procesos de inicio del sueño, de finalizar la ingesta, es el neurotransmisor de los impulsos de modo tal que su hipertono da pasividad y letargo, en cambio su hipotono da insatisfacción, insomnio, obesidad, irritación, impulsividad y búsqueda de sensaciones con abuso de sustancias). Esta acción descompensada en relación con otros neurotransmisores con desbalance de *crosstalk* (que es comunicación cruzada que existe entre dos señales primarias que llegan a dos receptores diferentes). Aquí influye el desnivel estrógeno-progesterona, que es una señal débil (o sea poca serotonina); existe, entonces, desdoblamiento de los sitios de receptores de la serotonina; esto ocasiona una disminución del control de los impulsos que lleva a la violencia, inseguridad y adicción, vale decir que funciona de manera similar al del estrés postraumático crónico.

El abuso persistente produce modificación en la citoarquitectura neuronal; cuanto más temprano, más deteriorantes alteran el sistema

límbico y se asocian a síntomas disociativos, con desrealización, experiencias alucinatorias, disturbios visuales y automatismos. La rara significación de lo forluido.

En cuanto a la mujer como organismo ciclado puede decirse que es necesario tener en cuenta en algunas mujeres que la disminución de la progesterona en el periodo premenstrual lleva a una elevación del CO₂ tres días antes de la menstruación. Por estrecha relación entre esteroides sexuales y ansiedad, las mujeres en embarazo se encuentran protegidas contra los ataques de pánico, los cuales se exacerbaban en el periodo postparto y en las que no lactan.

Con respecto al eje córtico-límbico-hipotálamo-hipofiso-gonadal femenino diremos nuevamente que los estrógenos aumentan los niveles de dopamina, serotonina y betaendorfinas, y disminuyen el sodio, por lo que producen protección antiestrés regulando el exceso de glucocorticoides y son homeostáticos. El estradiol coopera en el SNC en el neurodesarrollo, la neuroplasticidad, en la neuroendocrinia, tiene efecto antidepresivo y antiinjuría.

Luego del parto dentro de las sustancias peptidérgicas, la oxitocina cumple un rol indispensable que promueve el apego de la madre hacia la cría (Zieher y Zorrilla Zubilete, 2012).

La oxitocina y la prolactina atenúan la actividad hipotálamo-hipofisis-adrenal y como consecuencia la respuesta simpática ante los estresores emocionales y físicos. El resultado de estos cambios son una afectividad calma por parte de la madre durante el embarazo y el desarrollo de conductas maternantes durante la lactancia; se garantiza de este modo la disminución del riesgo del impacto lesivo por parte del cortisol en las células cerebrales del feto y como consecuencia se evita la probabilidad a futuro de padecer trastornos del ánimo, como también la probabilidad de un parto prematuro y depresión postparto en la madre; queda involucrada en este proceso también la vasopresina. La oxitocina bajo la estimulación estrogénica aumenta su tenor

en el *septum* (responsable de la preservación de la especie, los mecanismos de maduración septohipocampales son fundamentales en la génesis de la ansiedad) relacionado con la conducta maternante.

Los estrógenos aumentan el *binding* de oxitocina en la amígdala indispensable para la formación del cerebro en el desarrollo del embrión (Vieitez y Bordalejo, 2004).

La presencia de este neuropéptido oxitocina inhibe conductas defensivas asociadas al estrés, la ansiedad y el temor; de esa forma fomentaría una adecuada interrelación social y desarrollo de lazo social (Vieitez y Bordalejo, 2004), o sea, inhibición de la novedad, supresión de la inhibición social y las modificaciones en las características selectivas de la agresividad; reducción del miedo, aumento de confianza, facilitación de información y mejora de procesos empáticos, consolidación de la memoria social (Kobayashi, 2010). Estas modificaciones finalmente facilitan las conductas basadas en la intuición (Ditzen *et al.*, 2009; Neumann, 2012), en la formación de vínculos sociales, en la elección de pareja y en el cuidado de la descendencia (Di Simplicio *et al.*, 2009; Ditzen *et al.*, 2009; Neumann, 2012) y regulación de la reproducción. Es la hormona del apego social y aumenta al vivenciar situaciones placenteras, siendo las caricias el máximo estímulo físico que desencadenan su liberación (Vieitez y Bordalejo, 2004). En el cerebro la oxitocina está dirigida al comportamiento, conductas parentales, sexuales, sociales y de ingesta (Vieitez y Bordalejo, 2004); interviene en la selección natural de la sociabilización en las distintas especies (Goodson, 2008; Neumann, 2012); en relación con la vasopresina darían impronta personal a características como la facilidad cognitiva asociada a lo musical, el altruismo, la ansiedad social, la agresividad, las conductas alimentarias (que se manifiestan como trastornos de la personalidad), de ansiedad y autismo (Choleris *et al.*, 2008; Heinrichs y Domes, 2008; Israel *et al.*, 2012).

Durante el embarazo disminuye la actividad de la amígdala independientemente de la situación externa, entonces atenúa la ansiedad

que genera la novedad de un acercamiento (Hurlermann *et al.*, 2010), permite clasificar asertivamente las emociones facilitando el contacto con los demás.

La alteración conductual maternal y la separación temprana del niño del vínculo con los padres aumentan el riesgo de tener trastornos emocionales. En las personas que padecen esta situación traumática se evidencia una alteración en la sensibilidad central a esta hormona (oxitocina) (Zieher y Zubilete, 2012). Tal es el efecto antiestrés de la oxitocina durante el embarazo y lactancia que produce disminución de ACTH y cortisol y da en un futuro la posibilidad de tratamiento en los trastornos de ansiedad, esquizofrenia y autismo (Hoge *et al.*, 2008; Parker *et al.*, 2005).

La relación entre la reproducción y la vinculación social contribuye en el proceso evolutivo a que se seleccionen los sistemas neuroquímicos implicados en las conductas de apego, los circuitos que implican las acciones de la oxitocina contemplan más aspectos que los involucrados en la fisiología del parto y la lactancia, como por ejemplo la modulación de las conductas destinadas al cuidado y crecimiento saludable físico y psíquico de la descendencia, lo que finalmente garantiza la perpetuidad de la especie.

Las adaptaciones incluyen la activación en el cerebro del sistema oxitocina y prolactina, que actúan atenuando la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal en la respuesta emotiva ante un estímulo estresor. Estos sistemas se asocian al opioide y noradrenérgico que regulan inhibiendo o estimulando la liberación de oxitocina de una manera variable según la etapa del embarazo; aparecen cambios anímicos, ansiolíticos y conductuales destinados a desarrollar las conductas de maternaje.

En la distimia ansiosa (perfil serotoninérgico/noradrenérgico) con ansiedad y afectividad negativa, se observa automedicación de ansiolíticos, consumo de marihuana, opiáceos, alcohol, comidas (con gre-

lina como factor crítico) en el control homeostático del apetito (importantes secretagogos de la producción gástrica de hormona del crecimiento con acción orexígena), y se suman las compras y el juego como conductas de alivio.

El fenotipo determinante de la susceptibilidad a padecer trastornos afectivos (depresión y ansiedad) se conforma en etapas tempranas de la vida y marca la tendencia del organismo a lo largo de su vida para expresar ansiedad en respuesta a estímulos amenazantes. Estos mecanismos propios del desarrollo son controlados por factores genéticos y ambientales y sus interacciones condicionan la etiología de la ansiedad.

El 29,63% refiere sentimientos de angustia, ira e irritabilidad que motivan la necesidad de realizar consulta en esta institución, y el 25,93% refieren «no poder controlar el consumo», «No puedo más, no aguanto la abstinencia», es decir, la sensación de imposibilidad de detener por sí mismas la compulsión al consumo de sustancias.

En la ansiedad, angustia, impulsividad, compulsión, consumo y ataque de pánico la signo-sintomatología va acompañada de miedo y/o malestar corporal o bien se continúa con parestesias; como dijimos, la activación crónica de los centros cerebrales formados por la amígdala (acumulación de neuronas en forma de almendras situadas en el lóbulo temporal, relacionadas con la memoria, el aprendizaje y las emociones en conexión con el sistema límbico) es la responsable de la autopreservación de las vivencias de familiaridad y procesadora del disparo conductual. El *locus coeruleus* (estructura del tallo cerebral en conexión con la corteza y médula, esta conexión es noradrenérgica con aumento de descargas en los trastornos de ansiedad) y el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (región de trauma cerebral) procesa señales de manera veloz (100 m/seg), control que la corteza frontal debería ejercer en forma normal (10 m/seg), entonces se repite la angustia automática y originaria como si desde el nacimiento y la vida

adulta no hubiese existido historia. Se materializa el vacío que muestra la carencia del orden representacional; y donde hay vacío y carencia de orden representacional hay consumo y usuario usado; aquí el discurso debe hacer desplazamiento en otros circuitos y con otros discursos, incluyendo mediatizaciones que ayuden a la incorporación de aquello que no forma parte de un nivel psíquico; debe lograrse una regulación cuantitativa y cualitativa; *el que no cualifica consume y el que consume es consecuente con un medio social anómico, disruptivo y punitivo.*

Gabriela Insúa en «Y... la angustia tiene mala prensa» (2014) señala que existiría una paradoja en tanto «la defensa no es contra la angustia, sino contra aquello cuya señal es la angustia».

La angustia es aquello que aparecerá justamente cuando el sujeto se confronte a la castración, que siempre es la del Otro, es decir, cuando llegue a ese punto de comprobación de que no hay garantía, que no hay otro que pueda hacer con lo que le ocurre y con aquello con lo que se siente convocado (Insúa, 2014).

Se puede pensar, entonces, que las pacientes entrevistadas han percibido la imposibilidad del Otro, percepción posibilitada por el maltrato, abuso y abandono; y han encontrado frente a esto escasas garantías institucionales y sociales que pudiesen compensar la disfuncionalidad del grupo familiar primario. No obstante, han tenido que enfrentarse a situaciones de la realidad sin contar con recursos simbólicos suficientes para dar cuenta de ésta. Son madres a quienes se les exige ser «suficientemente buenas» (Winnicott, 1997) (receptivas a la ilusión de omnipotencia del niño), cuando apenas logran reunir algunas partes de sus propios cuerpos, pobremente armados en vínculos primarios fallidos, tal es así que ante la pregunta por el ciclo menstrual y su rela-

ción con el consumo se sorprenden al descubrir su incidencia en éste y en algunos casos deben esforzarse para registrar su ciclo menstrual como propio.

Amalia Racciatti cita en su trabajo «Maniobras posibles en la transferencia: de la desesperación a la angustia» (2014) a Kierkegaard, cuando dice que «la angustia se refiere siempre a una posibilidad, en tanto la desesperación no es una posibilidad que lleva a una elección... es estar en pecado frente a Dios. Es un “constante morir sin morir”». La desesperación (pérdida total de la esperanza) no tiene límite, el límite estaría en el pasaje al acto, que no apela a ningún Otro.

Entre las exigencias subjetivas, familiares, institucionales y sociales y la imposibilidad de recursos internos con los que comenzar a generar una respuesta adaptativa: la desesperación, el consumo compulsivo de sustancias psicoactivas que intenta poner límite, pero a la vez lo burla. Hasta que en algún momento la desesperación cede el paso a la angustia y la paciente consulta.

M., paciente de 18 años que llega sola, con signos de consumo de PBC, que según refiere sostuvo hasta poco antes de concurrir a este hospital. Comenta que hasta hace poco vivía con su madre y su padrastro (que constituye una referencia importante para ella). Vivenció situaciones de abuso físico y sexual mientras se encontraba en situación de calle y bajo efectos del consumo. Tiene una hija de 3 años que no vive con ella. Cuando se le pregunta si quiere que llamemos a su madre para que se acerque a la institución la paciente responde: «Sí, me gustaría que venga, pero ella nunca va a venir, no le intereso, nunca le importé». Nos comunicamos con la madre quien se niega a concurrir, pero a modo de colaboración refiere que M. «siempre fue una nena muy, pero muy hiperactiva».

En los pacientes que consumen psicoestimulantes se observa una búsqueda constante de la reparación de la simbiosis (narcisismo primario constitutivo del primer tiempo del Edipo) con la omnipotencia

que le es propia, en la hiperactividad, en la acción permanente. El reposo y la esperanza como espacio transicional prometedor del encuentro con el otro no puede lograrse, ya que es sentido como vacío mortal, no encuentra en ello identidad. La constitución del cuerpo requiere entonces del movimiento constante, clave para saberse. El movimiento en la hiperactividad conduce a lo heterogéneo, e instala al sujeto en el presente continuo, en la insistencia de la originalidad renovable y no en una cualificación que connote estabilidad.

Neurobiológicamente la hiperactividad está indicando una desregulación de noradrenalina y dopamina en el córtex prefrontal, así como en los receptores alfa 2 adrenérgicos. Debido a eso la yohimbina, la marihuana, la cafeína, las anfetaminas y la L dopa pueden estimular la actividad de la noradrenalina llevando a la crisis de pánico.

Otros implicados en el trastorno de pánico son la serotonina, que disminuye la respiración estimulada por el CO₂, la colesistokinina (con niveles disminuidos en el LCR en respuesta a la sensibilización del receptor, es un péptido de 33 aminoácidos con efecto modulador del metabolismo de la dopamina en los núcleos caudados y *accumbens*). Los opiáceos, que disminuyen la sensibilidad a la sofocación y la adenosina, dado que la cafeína y las metilxantinas antagonizan el receptor y la alteración de los receptores benzodiazepínicos; debido a esto los antidepresivos con acción antipánico no bloquean los ataques desencadenados por la yohimbina y cafeína, caso en el cual el diazepam es el más efectivo.

En el caso de fobia los mecanismos neurobiológicos se relacionan con la amígdala ventromedial (autopreservación) y sus conexiones límbicas con compromiso serotoninérgico que disminuye en el líquido cefalorraquídeo y de serotonina plaquetaria (los receptores involucrados serían 5-HT_{1A}, 5-HT₂ y 5-HT₄).

Debe expresarse nuevamente que el estrés, el dolor y la ansiedad conducen a la liberación de ADH o VIP (el péptido arginina-vasopre-

sina [AVP], hormona antidiurética o simplemente vasopresina, hormona del estrés por la liberación de adenocorticotrofina con o sin mediación del factor estimulante que es el CRF con acción en el balance electrolítico y neuromodulador y neurotransmisor con efectos en el cerebro y sistema nervioso autónomo, es un neuropéptido que influye sobre la conducta y a su vez es influido por la acetilcolina, la noradrenalina, el GABA, la dopamina, la serotonina, la histamina, la sustancia P, la angiotensina 2, la dinorfina, las encefalinas y betaendorfinas. El alcohol inhibe su acción); y llegan a ser muy intensos, como en el trastorno por estrés postraumático que conduce a la liberación de cortisol y al daño de las neuronas piramidales hipocámpicas. Y esto debido a la inusual concentración de receptores para glucocorticoides que posee esta estructura y la expresión reducida de factores de crecimiento neuronal en dicha región, que en otras circunstancias se comportarían como protectores del daño neuronal.

El 30% de nuestra población refiere inestabilidad emocional con mayor irritabilidad y angustia, como así también aumento del consumo desde los diez días previos a la menstruación.

En la franja etaria que va desde los 46 años en adelante, el 15% refiere encontrarse transcurriendo la menopausia con mayor ansiedad, aumento del consumo y rituales obsesivos.

E., paciente de 47 años, consulta por consumo de benzodiazepinas (iniciado a los 45 años), que utiliza para soportar «los miedos a las multitudes, a los ambientes cerrados, a la proximidad con otras personas y también porque me pone triste el recuerdo de la muerte de mi padre».

Resulta interesante que en este punto, se verificó en algunas pacientes dificultad para responder, observándose un pobre registro de su cuerpo y sus necesidades, que en tanto cuerpo desconocido y desafectivizado, puede ser expuesto a diversas situaciones y por lo tanto falta de cuidado tanto en cuanto a la higiene personal como así tam-

bién a la sexualidad (prevención de ETS y embarazos no deseados, relaciones insatisfactorias, ante las cuales les resulta difícil la negativa).

Los cambios propios de la pubertad y adolescencia enfrentan al sujeto con un sentimiento de impotencia ante un proceso inevitable e imposible de detener. Arminda Aberastury (1984) conceptualiza tres tipos de duelos que se producen en esta etapa, entre ellos el duelo por el cuerpo infantil perdido. Este proceso no sólo conlleva a la formación de un nuevo esquema corporal, sino también a la necesidad de percibir el cuerpo cambiante, que continúa su transformación en forma vertiginosa hacia el cuerpo del adulto; el adolescente busca nuevos modelos identificatorios intentando en función de sus elecciones lograr la pertenencia social. Durante los primeros momentos el cuerpo se torna desconocido en sus posibilidades y dimensiones y la adaptación al nuevo cuerpo sólo se dará en forma paulatina.

El camino hacia la aceptación de este nuevo cuerpo tal como es implica un trabajo de duelo, una renuncia al cuerpo infantil. Por otra parte, es difícil satisfacer los ideales de belleza sociales, lo cual se torna en ocasiones en inconformidad que se sostiene en el tiempo. Si bien este proceso es abarcativo tanto para las mujeres como para los varones, en las jóvenes la aparición de la menarca las instala en los devenires propios del ciclo menstrual y también en la posibilidad maternante.

Si se toma en cuenta lo dicho más arriba acerca del desconocimiento del ciclo como un evento del propio cuerpo, y que en los grupos etarios más jóvenes se registran numerosos casos de inicio del consumo a partir de los 11 años de edad, llama la atención la coincidencia de este inicio con el transcurso evolutivo de pubertad y adolescencia.

En el ciclo femenino normal en la fase folicular ovárica (de diez a catorce días), la FSH, que es la hormona folículo estimulante, produce el crecimiento de tres a treinta folículos, cada uno de los cuales contiene un óvulo; sólo uno de dichos folículos sigue creciendo, los

otros degeneran. A medida que se acerca la menopausia la fase folicular se hace más corta. La FSH influye sobre una aromatasas promoviendo el pasaje de testosterona a estrógenos a nivel de la granular, el folículo ovárico segrega estrógenos y progesterona entre otras sustancias. La FSH junto a los estrógenos promueven la expresión de receptores a luteinizantes (LH). La LH en la teca (envoltura del folículo) promueve la producción de andrógenos que el folículo dominante puede aromatizar a estrógenos no ocurriendo lo mismo en el resto de los folículos reclutados. En la fase ovulatoria aumentan los estrógenos y se inhibe la FSH a nivel hipofisiario; aumenta la luteinizante, se libera el óvulo entre las 16 y 32 horas, el folículo sobresale de la superficie del ovario, se rompe y libera el óvulo; algunas mujeres tienen dolor sordo que va de minutos a algunas horas, el dolor aparece del mismo lado del ovario que liberó el óvulo, que se produce siempre en todos los ciclos, la liberación del óvulo es alterna en uno u otro ovario y sucede al azar; el folículo maduro se rompe liberando y exteriorizando al ovocito hacia las trompas; luego sigue la luteinización del folículo con la formación del cuerpo amarillo y aparece la fase progestacional ovárica, que dura catorce días, con descenso de estrógenos e incremento de progesterona; en la teca (envoltura del folículo) aumenta el metabolismo del colesterol manteniendo trófico al cuerpo amarillo. La progesterona produce la maduración y secreción endometrial. El cuerpo lúteo, que es lo que queda después que el folículo roto libera al óvulo, secreta cada vez más progesterona, que dura catorce días, y comienza un nuevo ciclo menstrual. Si el óvulo es fecundado, el cuerpo lúteo inicia la secreción de gonadotropina coriónica, hormona que mantiene el cuerpo lúteo productor de progesterona hasta que el feto en crecimiento pueda producir sus propias hormonas. Si no existió fecundación el cuerpo amarillo degenera originando el cuerpo albicanscitrizal, promoviendo la caída de los niveles de estrógeno y progesterona; se

produce entonces la menstruación. Los vaivenes hormonales afectan la conducta, el humor, peso, apetito, libido, temperatura corporal tanto en la fase folicular como en la luteínica del ciclo.

El trastorno disfórico premenstrual, las entidades asociadas al embarazo y puerperio y los síntomas afectivos vinculados al climaterio, sumando la estructura de la personalidad y los procesos patológicos causan desequilibrios anímicos. En el climaterio la mujer se ve inmersa en un momento de gran complejidad, ya que las modificaciones endócrinas propias de este período condicionan el cese de la menstruación, y con ello se ve afectada la fertilidad. Ello implica la necesidad de elaboración de nuevos procesos de duelo, no sólo por la fertilidad perdida, sino por los cambios corporales y las modificaciones en la relación de pareja, sumado a que, en función de la edad promedio en la que suele iniciarse este período, suele coincidir con la salida de los hijos del hogar; también influyen las expectativas sociales acerca de este momento (el 22,22% de las pacientes entrevistadas inició el consumo entre los 33 y los 45 años, y se encontró mayor prevalencia en las franjas etarias de 41 a 51 o más años).

En el síndrome premenstrual y en la posmenopausia hay una disminución drástica en los niveles de progesterona sérica: de 25 NG/ML a casi 0 NG/ML, y esto se asocia a un aumento de la ansiedad y mayor susceptibilidad a los ataques de epilepsia, además de mayor insensibilidad a las benzodiazepinas. Justamente en las entrevistas se muestra esto último, por lo que aumentan las dosis las consumidoras de aquéllas, lo cual conlleva aumento de fenómenos colaterales de la droga y la consecuente inestabilidad emocional; y esta acción es debida a un aumento de la transcripción del gen que codifica la subunidad ALFA-4 del receptor de GABA-A (Ácido Gamma Amino Bútrico) por efecto de la disminución de la tetra-hidro-progesterona particularmente en el hipocampo. Estos efectos se observan también en el síndrome de abstinencia a las benzodiazepinas y el alcohol.

Factores de protección

Entre los factores de protección se encuentra el hecho de que una vez que la paciente logra concurrir a este hospital para realizar consulta, luego de haber superado distintos obstáculos subjetivos, familiares y sociales, de acuerdo con lo observado, el 96,3% de las entrevistadas presenta conciencia de situación, se encuentran colaboradoras en la entrevista y dispuestas a aceptar las indicaciones del equipo de Guardia.

El hecho de que el 14,8% de las entrevistadas perciba el consumo como una situación que dificulta el ejercicio de la maternidad y éste sea uno de los motivos que las impulsan a realizar la consulta, en función del deseo de mejorar el vínculo con sus hijos, hace que esta situación pueda considerarse en relación con el estímulo que representa, sin dejar de tener en cuenta todo lo expresado anteriormente en función del concepto de «maternidad suspendida» y los aspectos neurobiológicos al respecto, en cuanto a la situación de consumo y abstinencia.

El 70,4% de la muestra convive con algún tipo de grupo familiar (33,4% vive con su familia propia, el 14,8% vive en familia de tipo ampliada; el 7,4%, en familia de tipo ensamblada y el 14,8 vive con su familia de origen). Es decir que no obstante el 59,3% concurren solas a realizar la consulta, mantienen redes familiares, aunque muchas veces disfuncionales y desgastadas en relación con el tiempo de consumo de la paciente y las conductas asociadas con éste.

La importancia de tener en cuenta la existencia de redes familiares radica en la posibilidad de intervenir en relación con ellas (entrevista, comunicación telefónica, etc.) a fin de propiciar el acompañamiento de la paciente a lo largo del tratamiento. El siguiente ejemplo de intervención refleja lo dicho precedentemente.

M. I., paciente de 47 años (aquella que deseaba trabajar como abogada), llega sola, comenta sentir que «no se merece nada» y que tanto su marido como sus hijos piensan lo mismo. «Desde que mi hija

me vio (de casualidad en la calle) consumiendo, me trata mal, me grita, me odia, no me quiere como madre, y a mi marido no le importa qué haga yo con tal que me ocupe de los chicos y la casa».

Desde la Guardia, luego de entrevistar a la paciente conteniendo y orientándola, se le solicita el teléfono de su marido; ella accede y se establece comunicación con él, quien se manifiesta preocupado por su esposa. Se le solicita que se acerque a la institución, cosa que acepta como así también ser entrevistado. En un segundo momento concurre la hija de la paciente, quien reconoce necesitar un espacio terapéutico propio.

Capítulo III. Algunos aspectos a considerar en el abordaje, en la Guardia Interdisciplinaria de este hospital, de situaciones de consumo problemático de sustancias psicoactivas en pacientes mujeres

En función de los datos obtenidos y del análisis de éstos, habiendo identificado los principales factores de riesgo y de protección en la población estudiada, se consideran importantes para la asistencia en la Guardia de las pacientes mujeres que presentan consumo de sustancias psicoactivas los siguientes aspectos:

› La totalidad de las mujeres entrevistadas han manifestado diversas dificultades (subjetivas, familiares y socioeconómicas) para poder concurrir a realizar la consulta, de forma tal que la concreción de ésta ha sido pospuesta a lo largo de varios años. Es por esto que se piensa en la necesidad de alojar a la paciente tanto en relación con la contención, en función del motivo de consulta, como así también en la organización inmediata de la modalidad de tratamiento.

› Observar la presencia o no de referente que acompaña al momento de la consulta, grupo familiar conviviente y red de contención

familiar y social tanto en relación con la paciente como en relación con sus hijos (ya sea en cuanto a su cuidado, mientras la paciente se encuentre realizando tratamiento, como a fin de intentar no generar parentalización en ellos).

› Encontrando, entre las entrevistadas, un considerable porcentaje de mujeres que viven en el Conurbano, es importante tener en cuenta la situación socioeconómica y la distancia que la paciente deberá recorrer para evaluar la conveniencia o no de gestionar una derivación asistida para la continuación del tratamiento hacia alguna institución próxima a su domicilio.

› Resulta de importancia indagar acerca del ciclo menstrual y los cambios anímicos a lo largo de éste, y su relación con el aumento o modificación del consumo.

› Debido a los cambios ocurridos en las tres últimas décadas sobre la institución familiar, la escolar y la laboral, es oportuno indagar estas áreas vitales del sujeto y determinar cómo dichos cambios impactan sobre la salud mental de las mujeres en la actualidad.

› En tanto ha resultado del relevamiento realizado, hay coincidencia entre inicio, aumento o modificación en el consumo de sustancias psicoactivas y crisis vitales, dicha información resulta de interés en la evaluación de la situación de la paciente.

› Considerando que el 77,8% de la muestra tiene hijos, que esto impacta en todos los grupos etarios, y en función de los aspectos analizados en el capítulo II en relación con el concepto de «maternidad suspendida», cuestiones neurobiológicas y representaciones sociales, es necesario tomar en cuenta este aspecto no sólo en función de la estrategia de tratamiento, sino también en el episodio agudo. Se sugiere indagar la situación de los hijos (especialmente si son menores) en el momento actual, para poder acompañar a la paciente en su preocupación por ellos, como así también si se encontrasen expuestos a situación de riesgo.

› Debido a que el 43,4% de la población en estudio manifiesta padecer cuadros depresivos, y en función de las conceptualizaciones de Estela Welldon (2008) acerca de la tendencia que presentan las mujeres en la orientación de la agresión hacia sí mismas, resulta importante durante la entrevista la valoración en relación con la posibilidad de presencia de ideas autolesivas.

› Se recomienda considerar la modalidad de obtención de la sustancia, ya que en el 33% de la muestra, dicha modalidad se convierte en sí misma en un importante factor de riesgo.

› Al momento en que la paciente es asistida por la Guardia Interdisciplinaria se realizará la evaluación biopsicosocial y contención verbal con palabras neutras.

- En caso de intoxicación alcohólica se investigará: deshidratación, desnutrición, traumatismo, hematomas, etc., para determinar conducta a seguir, si permanece en la Sala de Observación o si debe ser derivada a hospital general. Durante la permanencia en la Sala de Observación, se dispondrá disminuir los estímulos adversos y/o molestos en cuanto a ruidos, luz, temperatura y olores; se realizará hidratación parenteral con solución de cloruro de sodio al 0,9% y dextrosa al 5% a 22 gotas/minuto: en este último, se incluye el complejo B (B1, B2, B6, B12 y sustancia P) más Mg, más vitamina C y folato. En caso de excitación psicomotriz, haloperidol de 5 mg = 1 amp., más lorazepam 4 mg = 1 amp.; y se continúa según evolución del cuadro.
- En caso de consumo de cocaína en todas sus variedades (paco, PBC, bazuco, base, lata [crack]), se continúa con contención verbal con palabras neutras, mismo plan de hidratación parenteral y haloperidol 5 mg = 1 amp.

Cuando la paciente se retira luego de la evaluación y contención verbal y se considere necesario indicar plan de medicación de acuerdo

con la psicopatología de base y con la sintomatología que presenta, es importante tener en cuenta que en la franja etaria que va desde los 41 años en adelante se observa mayor incidencia del consumo de psicofármacos y alcohol.

Conclusiones

En relación con el análisis de la población en estudio se puede concluir que la incorporación de la perspectiva de género en salud ha permitido identificar particularidades en el modo en el que las asimetrías sociales, psicológicas y neurobiológicas entre hombres y mujeres determinan cambios en el proceso de salud-enfermedad, lo que permite llegar a una explicación comprensiva e integral de la salud y el padecimiento subjetivo mental.

Desde esta perspectiva debe tenerse en cuenta que en función de las expectativas del imaginario social, los roles atribuidos a las mujeres, los cambios producidos en las estructuras familiares, educativas y laborales impactan de modo distinto en hombres que en mujeres, en tanto estas últimas se hallan más vulnerables dada la situación socioeconómica desfavorable, el bajo nivel de estudios alcanzado, el desempleo o empleos precarios, la tenencia de hijos a su cuidado con la responsabilidad de garantizar su subsistencia (independientemente de la situación económica desfavorable), la realización de tareas domésticas como ámbito exclusivo de su incumbencia, y en un alto porcentaje presentan exposición de su cuerpo durante el proceso de obtención de las sustancias, lo que las coloca ante situaciones de riesgo.

Por lo tanto, la mujer se siente compelida a intentar dar respuesta a tales exigencias que no tienen en cuenta ni su organismo ciclado, ni los duelos en relación con el cuerpo, que debe atravesar a lo largo de

su vida, ni la implicancia del esfuerzo del psiquismo en relación con la maternidad y el ejercicio de su función.

En el resultado obtenido a través de las entrevistas realizadas se ha detectado el nivel de impulsividad y compulsión directamente relacionado con la proporción estrógeno-progesterona, y debido a esto el consecuente consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y benzodiazepinas más las circunstancias vividas desde la infancia a la adultez que instalan a la mujer en un estado de vulnerabilidad importante ante los estresores en la conflictiva vital.

En ellas encontramos la actuación sin medir las consecuencias, la imposibilidad de posponer con tendencia a la gratificación inmediata, a menudo proporcionando conductas de riesgo y la falta de voluntad para impedir conductas nefastas. Así también como las acciones inadecuadas en determinadas situaciones que completan el cuadro. Vale decir que tanto la pérdida de capacidad de detener el inicio de acciones, como también dar término a las que ya están en marcha muestran el déficit en el funcionamiento neurológico que se profundiza con la disfunción hormonal, en los cuales quedan involucrados diferentes circuitos cerebrales íntimamente relacionados.

En este proceso se deberán tener en cuenta los hábitos con respuestas inadecuadas con respecto al entorno; estas respuestas determinan la búsqueda de sustancias, que desde los inicios del consumo en el sujeto fueron consolidándose en cuanto a la recompensa.

Y como tanto la impulsión como la compulsión son rendimientos neurológicos que emergen desde el estriado a la corteza y de la corteza al estriado, primero estará la impulsión y luego prescindiendo de la disminución del estado gratificante aparecerá la repetición del acto, o sea, la impulsividad predispone al desarrollo de la compulsión, y cuando esto queda consolidado, es un hábito caótico, o si se quiere, una perseverancia irreflexiva y destructiva.

Este punto resulta de importancia en tanto se visualiza una tendencia de baja en la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas; un gran porcentaje de mujeres de la muestra ha sufrido situaciones de abandono, de maltrato físico y psicológico, abuso sexual desde la infancia, durante su vida e incluso en la actualidad. Este estado de vulnerabilidad genera la cronificación del trauma, situación que impacta negativamente en la salud mental de las mujeres y en la relación que ellas establecen con el consumo de sustancias psicoactivas. El consumo de dichas sustancias aparecería como una estrategia artificial de los usuarios para lograr estados disociativos de la conciencia orientados a olvidar, negar y reprimir, al menos transitoriamente, el evento traumático que viven cotidianamente.

Consecuentemente con la estrategia que se establece en relación con el consumo, se ha observado en la muestra relevada que sufre modificaciones de acuerdo con las diferentes franjas etarias:

- a) De 18 a 30 años: en este período nada puede esperar, el tiempo llama al movimiento sin pausa y la carencia hace ruido y se debe silenciar. De la excitación a la depresión para borrar la historia, para eso bienvenido el alcohol (Fahzes, médico que destiló el alcohol en el siglo X, lo llamó «agua vital», y luego aparece el whisky que significa «aliento de vida»), con su rendimiento esteroide excitatorio y la pasta base, con el toque dopaminérgico, lo que crea la ilusión de poderlo todo y a través de la impulsividad desmedida, ingresar en el espacio insaciable del caos. En esta etapa la mujer, en las edades más cercanas a la adolescencia, se encuentra habiendo concretado o intentando concretar el duelo por el cuerpo infantil, para luego adentrarse en las exigencias del mundo laboral, familiar, con la impulsión hacia la maternidad (todas las pacientes entrevistadas son madres) y las diversas conflictivas de pareja y convivenciales.

- b) De 31 a 40 años: en este período, en la búsqueda laboral o en el pleno empleo (en general, según parece en la muestra, el empleo posible se encuentra alejado del empleo deseado), más las exigencias del hogar, organizando el tiempo para estar con los hijos, la escolaridad y actividad de éstos, donde juega mantener el interés, controlar la letargia y fatigabilidad e hipersomnia, así como también resistir las frustraciones y/o asignaturas pendientes. Aquí aparece el efecto dopaminérgico de la metil-egonina (cocaína) y el alcohol, que junto con la anterior forman etilegonina o egonina-etileno, con mayor efecto esteroide en el receptor Delta de las benzodiazepinas subtipo Alfa 4 y 6, cooperando en el SNC en neuroplasticidad y eventos neuroendócrinos, con efecto antidepressivo, paliando el insomnio y los sueños tan temidos.
- c) De 41 años en adelante: ante el insomnio pertinaz se incrementa el uso de las benzodiazepinas y el alcohol con acción sobre los receptores opioides, lo cual aumenta las encefalinas con acción sobre el glutamato en el receptor NMDA (N-Metil-D Aspartato) con los canales de calcio y sodio de efecto excitatorio. Esta etapa vital en la mujer se encuentra atravesada por una serie de replanteos, tanto en relación con la pareja como en el vínculo con los hijos, que en general se trata de adolescentes y/o jóvenes. En las edades más avanzadas de la muestra aparecen también las implicancias del climaterio, nuevo momento de duelo ahora en relación no sólo por los cambios corporales, sino también por la fertilidad, sumado en algunos casos a la emigración de los hijos adultos del hogar. En cuanto al mercado laboral, muchas de nuestras pacientes se ven en la necesidad de insertarse o reinsertarse laboralmente, para lo cual encuentran innumerables obstáculos debido a los requerimientos del mercado

laboral en contraposición con las limitaciones en cuanto a estudios, conocimientos tecnológicos y experiencia.

Otros aspectos a considerar, que se han verificado en el presente trabajo, se encuentran relacionados con que la mujer en su modalidad de consumo no emplea la venopuntura, entonces como se desprende de la muestra, el 21,6% inhala, para eso tiene mayor sensibilidad olfatoria sobre todo en la etapa ovulatoria; el 33,4% fuma y el 46% lo hace por vía oral. Por otra parte, cabe destacar que la mayoría de las mujeres consume sola (50%) o en pareja (40%), y sólo el 10% lo hace en grupo. Que casi la mitad de la muestra consume en pareja es un dato que puede relacionarse con que las mujeres vivencian mayores limitaciones para acceder al tratamiento. Dichas limitaciones están relacionadas con la oposición de su pareja, con la responsabilidad del cuidado de sus hijos o baja autoestima y valoración personal.

En síntesis, los datos obtenidos en el presente trabajo han permitido la posibilidad de pensar aspectos a tener en cuenta en la atención de pacientes mujeres en la Guardia Interdisciplinaria de este hospital, tal como se había propuesto como objetivo.

Bibliografía

- Aberastury, A; Knobel, M. (1984). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Augsburger, C. (2002). «De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave». En *Cuadernos Médico-Sociales*, vol. 81, pp. 61-75.
- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Benyacar, M. (2003). *Lo disruptivo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

- Castilla, V. y Lorenzo, G. (2012). «Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires» (en línea). En *Cuadernos de Antropología Social*, n° 36, agosto-diciembre. Recuperado el 27/10/2014 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2012000200005.
- Catenazzi, A. (2003). «Territorialidad y acción pública en la Región Metropolitana de Buenos Aires» (en línea). *Cuaderno de investigación urbanística*, n° 37. Universidad Nacional de General Sarmiento. Recuperado el 20/04/12 de <http://polired.upm.es/index.php/ciur/article/viewFile/921/936>.
- Choleris, E.; Devidze, N.; Kavaliers, M. y Plaff, D. W. (2008). «Steroidal/neuropeptide interactions in hypothalamus and amygdala related to social anxiety». *Progress in Brain Research*, vol. 170, pp. 291-303.
- Climent, G. (2009). «¿Qué estresa a las mujeres?». En *Género, pobreza y estrés*. Buenos Aires: Editorial Dunken, pp. 22 a 42.
- Di Simplicio, M. *et al.* (2009). «Oxytocin enhances processing of positive versus negative emotional information in healthy male volunteers». *Journal of Psychopharmacology*, vol 23, n° 3.
- Dirección de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud (2013). *Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental*.
- Ditzen, B. *et al.* (2009). «Intranasal Oxytocin increases positive communication and reduces cortisol levels during couple conflict». *Biological Psychiatry*, vol. 65, n° 9.
- Dorado, G. (2010). Congreso de la American Psychiatric Association. Nueva Orleans. En Frieder, P. (2012). *Actualización en Psicofarmacología 2013*. Buenos Aires: Ed. FundoPsi, cap. 6.
- Epele, M. (2001). «Violencias y traumas. Políticas de sufrimiento social entre usuarias de drogas». En *Cuadernos de Antropología Social*, n° 14.
- Epele, M. (2005). «Sobre la fragmentación de identidades: olvidos, drogas y Derechos Humanos» (en línea). En «Seminario regional de salud, sexualidad y diversidad en América

- Latina». Lima, Perú. Recuperado el 18/10/2012 de <http://www.ciudadaniasexual.org/reunion/M4%20Epele.pdf>.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de La Piqueta.
- Freud, S. (1979). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1986). *El porvenir de una ilusión, El malestar en la cultura*. En *Obras Completas*, tomo XXI. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1999). *Más allá del principio del placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*. En *Obras Completas*, tomo XVIII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Frieder, P. (comp.) (2013). *Actualización en Psicofarmacología 2013*. Compilación del XXI curso intensivo-interactivo de actualización en Psicofarmacología Clínica. CABA: Editorial FundoPsi.
- Gamba, S. (2008). «¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género?». En *Diccionario de estudios de género y feminismos*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Gianni, S. M. (2008). «Demanda y estrategia de intervención en prevención». En AA. VV., *Drogadicción y Sociedad* (1.ª ed.). Colección Cuadernos Margen. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Goodson, J. (2008). «Nonapeptides and the evolutionary patterning of sociality». *Progress in Brain Research*, vol. 170, pp. 3-15.
- Heinrichs, M. y Domes, G. (2008). «Neuropeptides and social behavior. Effects of oxytocin and vasopressin in humans». *Progress in Brain Research*, vol. 170, pp. 337-350.
- Hoge, E.; Pollack, M. y Zack, P. (2008). «Oxytocin levels in social anxiety disorder. CNS Neurosci Ther». *CNS Neuroscience & Therapeutics*, vol. 14, n° 3, pp. 165-170.
- Hopenhayn, M. (1997). «Factores de contexto en el consumo de drogas psicoactivas». En AA. VV., *La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas públicas en América Latina*. CEPAL. Santiago de Chile.

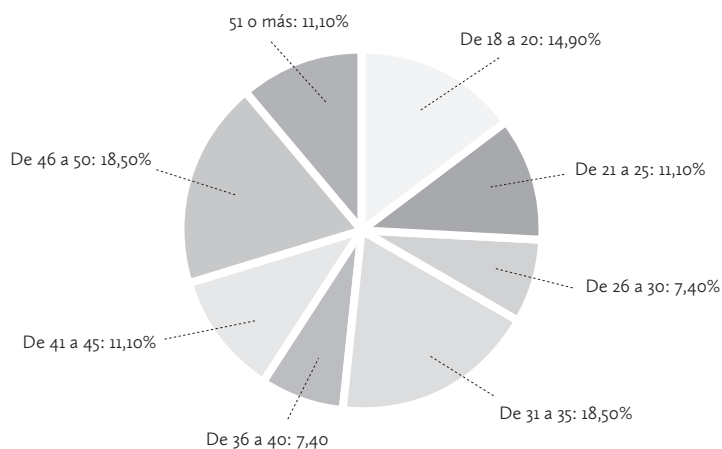
- Hurlemann, R.; Patin, A.; Onur, O. A.; Cohen, M. X.; Baumgartner, T. *et al.* (2010). «Oxytocin Enhances Amygdala-Dependent Socially Reinforced Learning and Emotional Empathy in Humans». *The Journal of Neuroscience*, vol. 30, n° 14.
- Imbriano, A. E. (1993). *Neurología cerebral. Neurociencias*, tomo 1. Buenos Aires: Editorial Leuda.
- Insúa, G.; Racciatti, A. *et al.* (2014). *Psicoanálisis y el Hospital* n° 46: «La angustia». Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Israel, S.; Lerer, E.; Shalev, I.; Usefovsky, F.; Reibold, M.; Bachner Melman, R. *et al.* (2008). «Molecular genetic studies of the arginine vasopressin 1a receptor (AVPR1a) and the oxytocin receptor (OXTR) in human behaviour from autism to altruism with somenotes in between». *Progress in Brain Research*, vol. 170, pp. 435-449.
- Kaplan, H. L.; Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7ma. ed.). Buenos Aires: Ed. Panamericana.
- Kobayashi, F. (2010). «Linguistic Effects on the Neural Basis of Theory of Mind». *The Open Neuroimaging Journal*, vol. 4, pp. 37-45.
- Kornblit, A. L.; Camarotti, A. C. y Di Leo, P. F. (2011). «La construcción social de la problemática de las drogas» (en línea), módulo 1. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación. Recuperado el 22/6/2015 de <https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/1-construccion-social-de-la-problema-de-las-drogas2.pdf>.
- Ley N.° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Lupica, C. (2008, noviembre). «Situación laboral de las madres en Argentina: los desafíos pendientes». Trabajo presentado en Observatorio de la Maternidad, Buenos Aires.
- Lupica, C. y Congliandro, G. (2009, diciembre). *Anuario de la Maternidad: madres en Argentina. ¿Qué cambió en el umbral del bicentenario?* Buenos Aires: Observatorio de la maternidad.

- Márquez López Mato, A. (2008). *Psiconeuroinmunoendocrinología. Los últimos serán los primeros*. Buenos Aires: Editorial Sciens.
- Míguez, H. (2010). «Sobre la subjetividad para el consumo de sustancias psicoactivas» (en línea). Recuperado el 22/6/2015 de www.hugomiguez.com.ar.
- Moizeszowicz, J. y Moizeszowicz, M. (1998). *Psicofarmacología y psicodinámica IV*. Buenos Aires: Paidós.
- Moizeszowicz, J. y Moizeszowicz, M. (2000). *Psicofarmacología y territorio freudiano. Teoría y clínica de un abordaje interdisciplinario*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. D. (1997). *Los ojos de Laura. El concepto de «objeto a» en la teoría de J. Lacan*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Neumann, I. (2008). «Brain oxytocin. A key regulator of emotional and social behaviours in both females and males». *Journal of Neuroendocrinology*, vol. 20, n° 6.
- Oakley, D. y Plotkin, H. (1979). *Brain, Behavior and Evolution*. Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Ordorika Sacristán, T. (2009, octubre). «Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres». *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 71, n° 4.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas* (en línea). Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Recuperado el 22/6/2015 de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf, p. 35.
- Parker, K.; Buckmaster, C.; Schtzberg, A. y Lyons, D. (2005). «Intranasal oxytocin administration attenuates the ACTH stress response in monkeys». *Psychoneuroendocrinology*, vol. 30, n° 9, pp. 924-929.
- Pincever, K. (2008). *Maltrato infantil: el abordaje innovador del programa leladeinu. Aprendizajes de una experiencia integral comunitaria*. Buenos Aires: Lumen.

- Stahl, S. M. (2013). *Psicofarmacología esencial de Sthal. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas*. Madrid: Editorial Aulamédica.
- Vallejo, N. E. (1997). *Aspectos toxicológicos de la drogadependencia*. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Buenos Aires: Finas Olivari.
- Vázquez Mojena, L. y Salazar Matamoro, Y. (2012). «El enfoque de género en la configuración del proceso salud-enfermedad». *Revista Contribuciones de la Ciencias Sociales*, marzo.
- Vieitez, A. y Bordalejo B. (2004). *Neurobiología del amor*. En López Mato, A. *Afrodita, Apolo y Esculapio. Diferencias de género en salud y enfermedad*. Buenos Aires: Ed. Polemos.
- Welldon, E. (2008). *Madre, virgen, puta. Las perversiones femeninas*. Editorial Temas de Hoy.
- Winnicott, D. (1997). *Realidad y juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Zieher, L. M. y Zorrilla Zubilete, M. (2012). *Tratado de Psicofarmacología y Neurociencia*, vol. VI: *Trastornos de Ansiedad: aspectos neurobiológicos, mecanismos epigenéticos y abordajes terapéuticos*. Buenos Aires: Editorial Sciens.

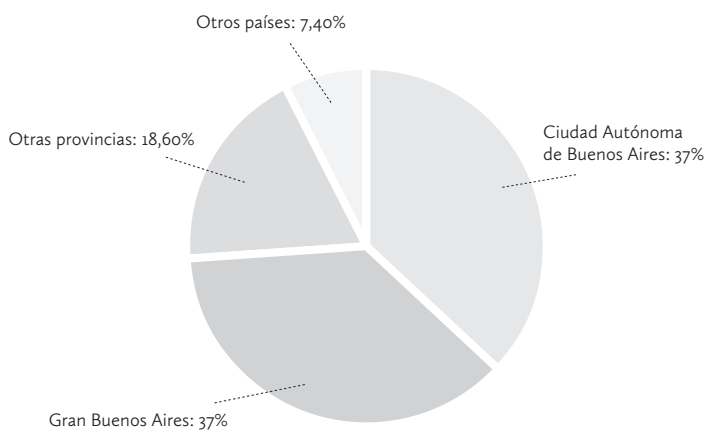
Anexo

Gráfico 1. Muestra según edad



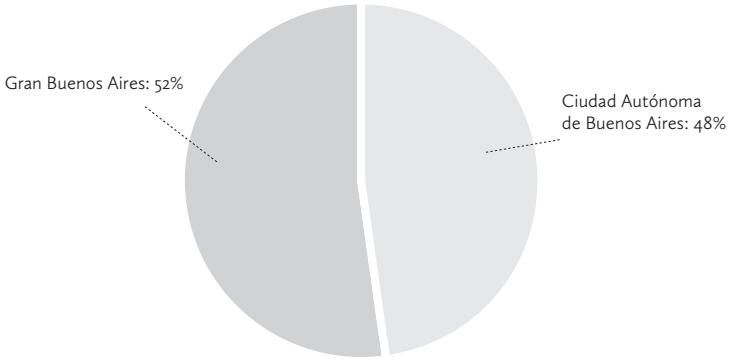
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 2. Lugar de nacimiento



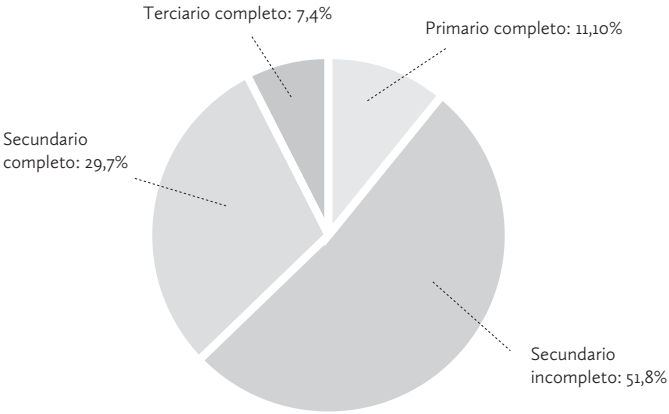
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 3. Lugar de residencia actual



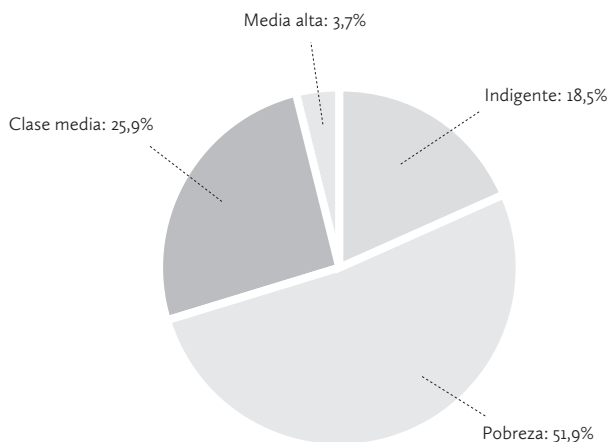
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 4. Nivel educativo



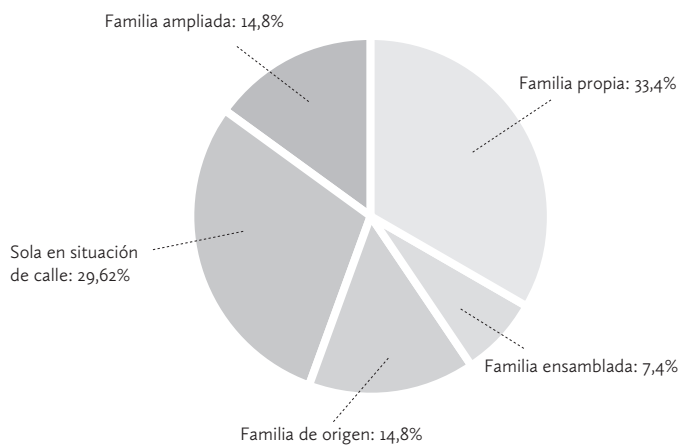
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 5. Situación socioeconómica



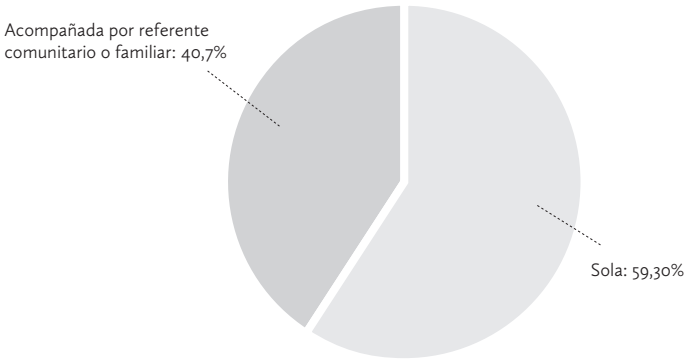
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 6. Grupo familiar conviviente



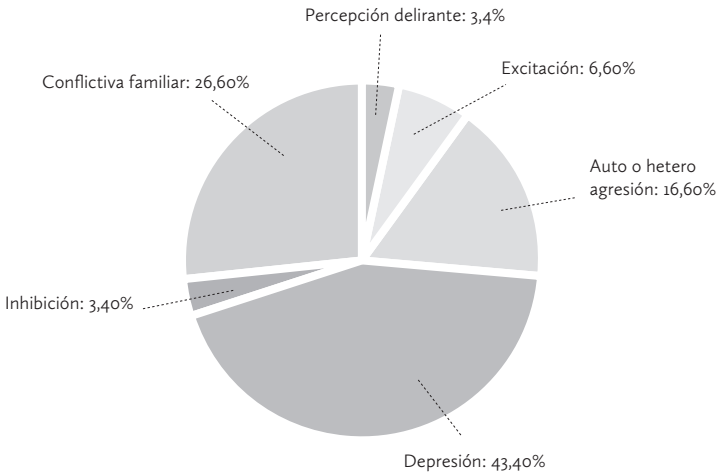
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 7. ¿Con quiénes concurre en el momento de urgencia?



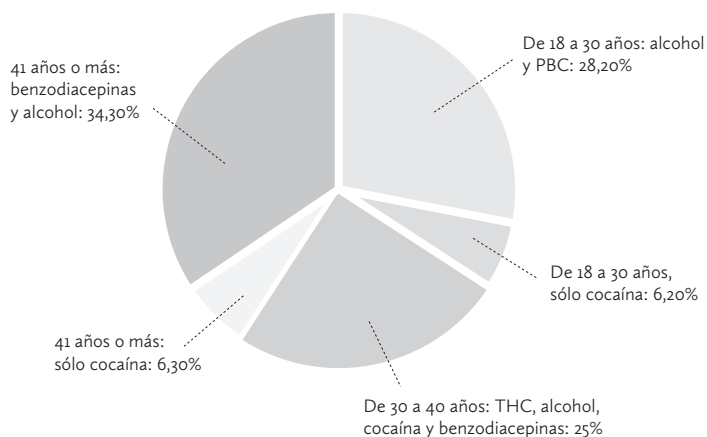
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 8. Otros motivos de consulta



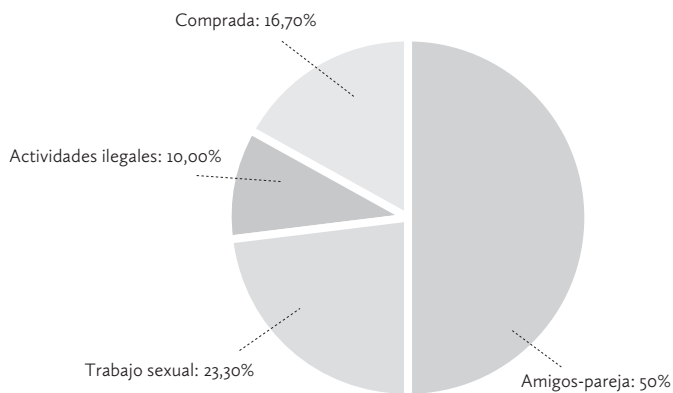
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 9. Sustancia de mayor impacto según grupo etario



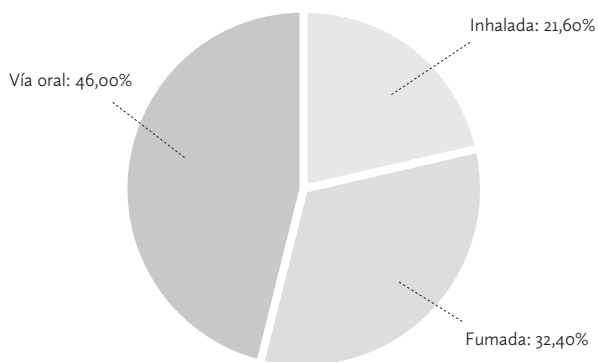
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 10. Modalidad de obtención de las sustancias



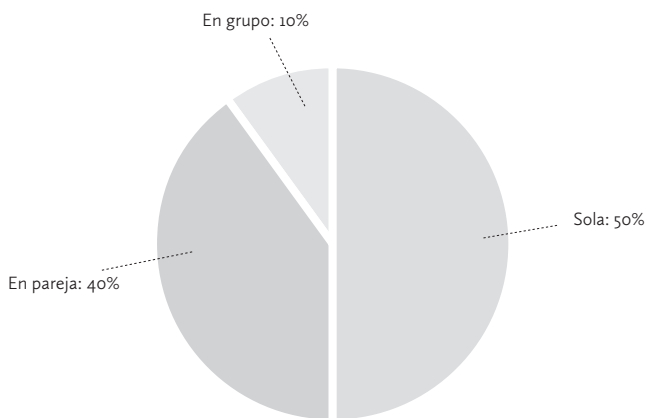
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 11. Vías de administración de las sustancias



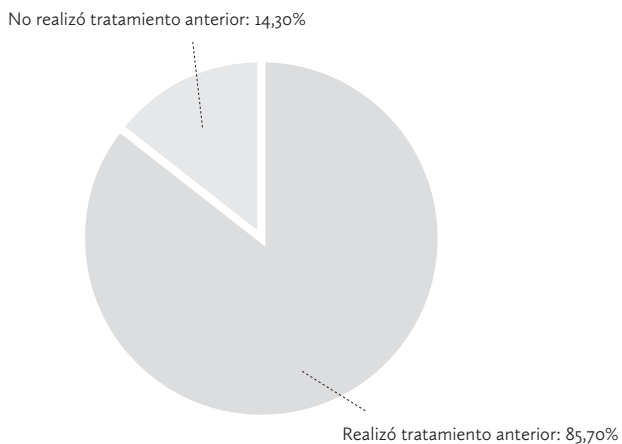
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 12. Con quiénes consume



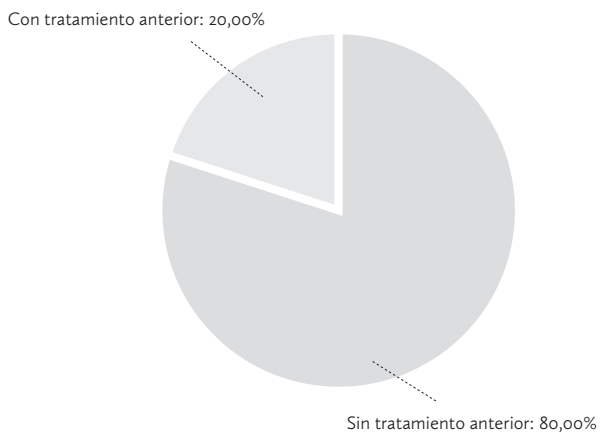
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 13. Tratamientos anteriores en mujeres de 18 a 25 años



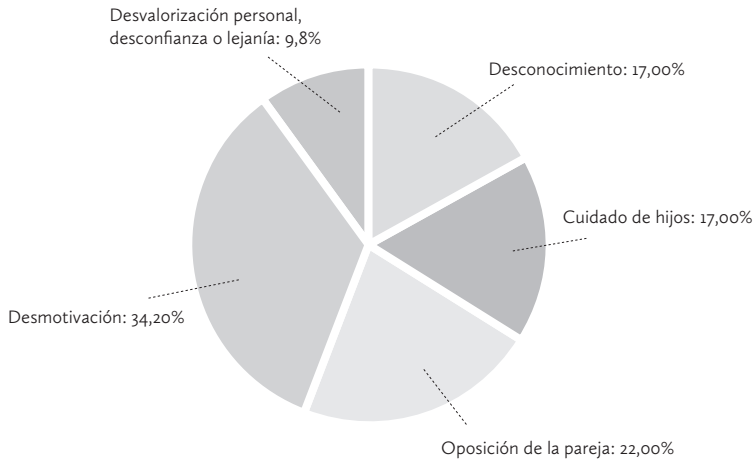
Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 14. Tratamientos anteriores en mujeres mayores de 25 años



Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Gráfico 15. Limitaciones de acceso al tratamiento



Fuente de elaboración propia. Sistematización de entrevista

Acerca de los autores

Pablo Catalán es licenciado en Psicología por la Universidad de Buenos Aires y maestrando en Ciencias Políticas (IDAES – UNSAM). Jefe de la Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becario por el período 2013-2014 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de ese hospital. Docente de la cátedra 1 de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires e investigador de la misma institución.

Gabriela de Lucía es licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Lujan. Profesional de Guardia y del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becaria por el período 2013-2014 del

Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Coteló» de ese hospital. Integrante de la Dirección de Salud Mental de Moreno (Programa de Pacientes con Padecimientos Graves) y del Programa Municipal de Prevención de Adicciones de ese municipio.

Eduardo Fernández es médico psiquiatra por la Universidad de Buenos Aires y médico legista por la UNSAM. Integrante del equipo de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becario por el período 2013-2014 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Coteló» de ese hospital. Jefe de día de la Guardia Interdisciplinaria del Hospital José T. Borda.

Mara Graber es licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Integrante del equipo de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becaria por el período 2013-2014 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Coteló» de ese hospital. Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, de las carreras de Psicología y Musicoterapia.

ESTRATEGIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJERES CON USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Aspectos biopsicosociales desde la perspectiva de la reducción de daños

Natacha Gordó y Bibiana E. Schiazzano

Resumen: el presente proyecto de investigación se propuso evaluar la situación actual de las mujeres con uso problemático de sustancias en relación con su salud sexual y reproductiva que realizan tratamiento en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). El trabajo interdisciplinario consistió en cruzar la información que se desprende de la clínica médica-ginecológica en relación con los cuidados ginecológicos, controles de *screening* realizados, situaciones de enfermedad, embarazos no deseados, abortos, etc., y la proveniente de entrevistas psicológicas a las pacientes.

Asimismo, se introdujo la variable de la reducción de daño como estrategia frente a esta problemática y la biopolítica como marco conceptual. Decidimos introducir la biopolítica porque nos permitió pensar el estado actual de la situación y diseñar estrategias de abordaje. Al finalizar nuestro trabajo concluimos en la inminente necesidad de ofrecer un espacio único y exclusivo, que desde una mirada interdisciplinaria, colabore a que estas pacientes encuentren, además de la atención pertinente, la contención necesaria para su problemática y aprendan el conocimiento del propio cuerpo, desde un marco de respeto hacia ellas y hacia su problemática.

Palabras clave: medicina-biopolítica-mujeres-reducción de daño-consumo problemático de drogas-salud sexual y reproductiva

Estratégias na saúde sexual e reprodutiva em mulheres com uso problemático de drogas. Aspectos biopsicossociais a partir da perspectiva de redução de danos.

Resumo: o presente projeto de pesquisa se propôs a avaliar a situação atual das mulheres com uso problemático de substâncias em relação a sua saúde sexual e reprodutiva que realizam o tratamento no Hospital Nacional em Red Lic. Laura Bonaparte especializado em salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). O trabalho interdisciplinar consistiu em cruzar a informação oriunda da clínica médica-ginecológica em relação aos cuidados ginecológicos, controles de *screening* realizados, situações de doença, gravidez não desejada, abortos etc., e aquela proveniente de entrevistas psicológicas às pacientes.

Além disso, introduziu-se a variável da redução de dano como estratégia frente a esta problemática e a biopolítica como marco conceitual. Decidimos introduzir a biopolítica porque nos permitiu pensar o estado atual da situação e projetar estratégias de abordagem. No final de nosso trabalho concluímos com a iminente necessidade de oferecer um espaço único e exclusivo que, a partir de um olhar interdisciplinar, colabore para que essas pacientes encontrem, além da atenção pertinente, a contenção necessária para sua problemática e aprendam o conhecimento do próprio corpo, em um âmbito de respeito em relação a elas e a sua problemática.

Palavras-chave: medicina-biopolítica-mulheres-redução de danos-consumo problemático de drogas-saúde sexual e reprodutiva

Introducción

Con este trabajo se pretenden establecer las relaciones entre la salud sexual y reproductiva con el uso problemático de sustancias. Asimismo, se propone indagar acerca de los conocimientos que las pacientes tie-

nen respecto de su derecho a ser asistidas, contenidas y orientadas en relación con su salud sexual y en lo que a reproducción se refiere.

La mujer con uso problemático de drogas es estigmatizada la mayor parte de las veces, y como consecuencia, no recibe la atención pertinente respecto de su sexualidad. Se suele presuponer que al estar intoxicada carece de interés en el cuidado de su propio cuerpo, es menos consciente de estas cuestiones y por lo tanto no tiene sentido brindarle la atención necesaria. Esto repercute negativamente en la constitución subjetiva y en las propias percepciones de su femineidad. Esta situación se verifica también en su entorno familiar, y lo esperable es que las mujeres terminen incorporando estos estigmas, descuidando su salud y desconociendo sus derechos.

Este estudio ha permitido contribuir a sentar las bases para el diseño de un dispositivo de atención específica sobre sexualidad y reproducción de las mujeres en tratamiento en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) que garantice todos los derechos establecidos en el artículo 7° de la Ley Nacional de Salud Mental N.° 26.657 y los expresados en la Ley de Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable N.° 25.673.

Asimismo, desde la perspectiva de la reducción de daño, y teniendo en cuenta los aportes y reflexiones que nos ha permitido elaborar la biopolítica, el objetivo resultó entonces trabajar en la prevención y tratamiento de todas las consecuencias sobre la sexualidad femenina que conlleva el uso de drogas. Se entiende que este dispositivo diferencial posibilitará un mejor registro del propio cuerpo, trabajar aspectos de lo femenino, además del desarrollo de diversas estrategias de intervención, como por ejemplo: consejería en salud sexual y reproductiva, consejería médica que brinde información sobre métodos anticonceptivos disponibles, accesibles y gratuitos, controles regulares ginecológicos y clínicos, entre otras posibilidades de intervención.

Material y métodos

De acuerdo con los objetivos y con el marco teórico, el proyecto se estableció sobre una estrategia cualitativa. El tipo de estudio es exploratorio-descriptivo, dado que por un lado existe poco material científico que cruce estas variables y por otro releva y describe información sobre la problemática de la sexualidad en las mujeres con uso problemático de drogas.

La unidad de análisis han sido las mujeres con uso problemático de drogas que reciben tratamiento en los distintos servicios del Hospital Nacional en Red (ex CeNareSo). Se han incluido algunas modificaciones metodológicas, a medida que fue avanzando el trabajo de campo, así la muestra estuvo dividida en dos grupos:

- › uno conformado por mujeres que han accedido a ambas entrevistas (ginecológica y psicológica) y
- › otro grupo que accedió sólo a la entrevista ginecológica.

Además, se incluyó el protocolo PL 4 como herramienta para las entrevistas, el cual es utilizado en todos los hospitales de la provincia de Buenos Aires, y que se basa en facilitar la consejería en salud sexual y reproductiva, además de orientar a todas las mujeres en relación con el cuidado de su salud, a través de una encuesta preliminar a realizar a las entrevistadas y orientándolas acerca de los controles médicos que son indispensables para el cuidado de la salud.

Por otra parte, se contempló la dimensión jurídica en el análisis de la problemática. Se han consultado la Ley de Salud Sexual y Reproductiva N.º 25.673 y el «Informe descriptivo de las actividades del año 2010», elaborado por el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Proyecto de cooperación UNFPA/LACRO-FLACSOG, en lo que a la parte médica se refiere.

Se trabajó a partir del material obtenido de estudios clínicos, protocolos y entrevistas de tipo médica y psicológica sobre la sexualidad femenina.

En total se realizaron veinticinco entrevistas semidirigidas, de las cuales quince completaron las dos instancias, a saber la entrevista clínica ginecológica y la entrevista psicológica; y las diez restantes sólo realizaron la entrevista ginecológica. En la entrevista psicológica se abordó la temática de la sexualidad y la reproducción. Cada paciente relató su historia de consumo y lo relacionó con su sexualidad.

El tipo de evaluaciones realizadas en la parte ginecológica estableció un escenario donde se propició un proceso de comunicación y de relación médico-paciente, que dio lugar a un flujo comunicativo multidireccional. Para realizarlas se tuvieron en cuenta el contexto social de las pacientes (cultura, educación y creencias) con el objetivo de lograr una comunicación más acertada, y donde el médico aprende a manejar las características del paciente, y a respetarlas, aunque vayan más allá de sus propias creencias. Toda entrevista ha tenido como objetivo llegar a un diagnóstico, a través de la creación de una relación interpersonal, comprometiendo al paciente en el tratamiento, ya que éste debe responder a sus expectativas y a sus necesidades.

Resultados

Para una mejor comprensión e interpretación de los datos obtenidos, se han organizado los resultados del estudio con el siguiente esquema:

1. Trabajo de campo
2. Estado actual de la situación
3. Aspectos médico-legales
4. La biopolítica como marco conceptual
5. Biopolítica y aborto
6. Biopolítica, prostitución y uso problemático de drogas
7. Programa para la atención de mujeres con uso problemático de drogas en el marco de la reducción de daño

1. Trabajo de campo

La idea de trabajar sobre este proyecto está ligada al trabajo interdisciplinar, en este caso en particular desde la psicología y desde la medicina en su especialidad de ginecología.

Concurría a entrevistas psicológicas una joven de 20 años que relata con mucha angustia el antecedente de haber tenido hasta la fecha cinco embarazos interrumpidos por propia voluntad asociados a la problemática del consumo. Es una paciente que hace muchos años no tiene consumo de sustancias y que en el devenir de las entrevistas relataba sus temores a un nuevo embarazo. Si bien tiene una pareja estable, condición que no se presentaba anteriormente, relataba que, sobria, sería incapaz de soportar otro aborto. El tema le preocupaba de tal manera que por momentos sentía que podía volver a consumir. Refería que necesitaba ocuparse del tema para no repetir experiencias previas que sería incapaz de soportar, y además expresaba sentirse abrumada por las complicaciones que podía tener en relación con su cuerpo y la maternidad futura.

Luego de varias entrevistas se le indica una consulta ginecológica a la que accede luego de pensarlo por un tiempo, ya que presentaba miedos y temores asociados a las prácticas que se había realizado, y a la posibilidad de ser juzgada por los hechos relatados. La intervención concluye en la realización de un chequeo clínico-ginecológico y con la elección de la colocación del DIU como método anticonceptivo, que llevó un trabajo de varios encuentros médicos hasta que la paciente se sintió contenida y confiada en su elección.

Éste es el escenario ideal de intervención por el trabajo interdisciplinario conjunto, que permitió despejar todas las dudas que se podían presentar en el transcurso de las consultas y entrevistas, además de la contención apropiada para el caso, pero escasas veces las problemáticas tienen este desenlace.

De las entrevistas realizadas en esta investigación se desprenden cuestiones en común. Rara vez se encuentran prácticas en relación

con la reducción de daño y en las mujeres este sesgo es aún más marcado. Intervienen diversos aspectos que habrá que pensar por separado para su análisis.

«Para prostituirme debo estar con consumo», «Para tener sexo prefiero no estar drogada»: éstas son algunas de las expresiones que han recorrido gran parte del trabajo de campo realizado. La mayoría de las mujeres entrevistadas relata haberse prostituido para conseguir drogas, pero manifiestan rechazar tal práctica estando sin los efectos del tóxico. Se escucha decir: «No soporto que me toquen si estoy drogada» cuando hablan de alguien de su afecto.

Establecen mayormente una gran diferencia entre el sexo por placer y el sexo como medio para conseguir drogas. Estas frases que parecieran conllevar muchas contradicciones entre sí son efectivamente fruto de los relatos recolectados. Si bien no soportan tener sexo estando drogadas (cabe aclarar que la mayoría habla de la cocaína), cuando deben prostituirse para obtener esta última, prefieren estarlo. Pareciera, según se desprende de los dichos de casi todas las entrevistadas, que si se trata del sexo con alguien de su afecto o agrado, debería ser sin consumo de cocaína previa.

«En el embarazo consumí; cuando das la teta menos». Ésta también sería, en líneas generales, una conclusión bastante común. Registran con mayor claridad las complicaciones de consumir y amamantar pero no las que surgen del consumo durante el embarazo. Se evidencia que podrían dejar de hacerlo un poco antes de llegar al parto pero no en la gestación.

«No me hago controles, mirá si me encuentran un cáncer». Otro común denominador es que parecieran tener mucho más temor al cáncer que al HIV o cualquier enfermedad de transmisión sexual.

2. Estado actual de la situación

En relación con la situación actual del problema que nos convoca realizamos una presentación esquemática de las problemáticas relevadas.

- › La mayoría de las pacientes relata haberse prostituido para conseguir drogas (prácticamente el 90% de las entrevistadas). Sin utilizar ningún tipo de protección y sin conciencia de riesgo de enfermedad.
- › El punto anterior se asocia a momentos de mayor compulsividad al tóxico.
- › Fuera del consumo, y al ser interrogadas al respecto, dan por descontado el hecho de no utilizar protección cuando se prostituyen, pero es en ese momento, fuera del consumo, donde toman conciencia de los riesgos a los que se encuentran expuestas.
- › El 80% de ellas no efectúan controles periódicos, sólo concurren a alguna guardia si presentan algún tipo de síntoma, principalmente para recibir un tratamiento gratuito.
- › El hecho de no efectuar controles se asocia en un 100% al miedo de presentar alguna patología, fundamentalmente relacionada con el cáncer de cuello de útero.
- › La mayoría de ellas deja en un segundo plano la preocupación por haber contraído alguna enfermedad de transmisión sexual.
- › Sólo un 5% de ellas considera el sexo como una manifestación de disfrute y deseo personal, más bien se lo piensa como «moneda de cambio».
- › La posibilidad o el miedo a presentar un embarazo como consecuencia de estas relaciones (de riesgo o promiscuas) ha disminuido considerablemente en relación con la década del 90; esto estaría relacionado con el conocimiento de la utilización de la prostaglandina como método para interrumpir los embarazos aunque desconocen su mecanismo de acción y las indicaciones de uso. La mayoría de ellas no solicita información a profesionales ni realiza las consultas pertinentes básicamente por miedo a alguna denuncia policial.

- › Un elevado número de las entrevistadas desconocen cuáles son los controles ginecológicos que deben realizar con periodicidad, sólo asocian el Papanicolaou por los miedos antes mencionados y en algunos casos el examen mamario si es que tuvieron algún familiar cercano o algún conocido que presentara algún tipo de problema. Conjuntamente con esto la mayoría manifiesta más temor a realizarse un PAP que un examen de HIV.
- › Interrogadas acerca del uso de métodos anticonceptivos, se observa que en muy pocos casos (5%) son conscientes del uso del preservativo aunque todas conocen su existencia, forma de uso e importancia. También tienen conocimiento de que pueden adquirirlo de forma gratuita retirándolo en los distintos centros de salud, pero no se habitúan a su uso.
- › En relación con el DIU, muchas tienen miedo a su colocación, o refieren que no quieren tener un cuerpo extraño colocado en su cuerpo.
- › Refieren preferir el uso de anticonceptivos orales aunque su utilización es errática: esto es asociado al consumo de sustancias ya sea por suspender la toma o bien a la mala absorción de éstos a nivel hepático también por las drogas.
- › Gran parte de las entrevistadas se ha iniciado sexualmente bajo efectos del tóxico.
- › No se ha identificado en el relato la recurrencia a otros métodos abortivos, que podríamos denominar «caseros», y con complicaciones más severas hasta poner en riesgo la propia vida.
- › La mayoría se manifiesta reticente a la consulta médica, aduciendo vergüenza o temor a la censura.
- › La mayoría tiene más temor al cáncer que a las enfermedades de transmisión sexual.
- › La mayoría de las pacientes no abandona el consumo de sustancias en el momento del embarazo a pesar de conocer y sa-

ber de los efectos del tóxico sobre el bebé. Sí logran mayor conciencia en relación con la lactancia cuando ésta es posible.

- › La presencia de vulvovaginitis se constata en el 100% de las pacientes mientras que la presencia de lesiones por HPV se halla en un 80% de las pacientes evaluadas.

3. Aspectos médico-legales

Ha resultado muy difícil interpretar los resultados obtenidos. Si bien muchos de ellos son los esperados acorde con la experiencia que se tiene en la materia, y concuerdan con lo que informa la bibliografía científica, en la tarea diaria y con el conocimiento de todas las herramientas médicas que existen en la actualidad y la articulación que de ellas, a través de las políticas de salud, el Estado lleva a cabo, resulta difícil comprender el hecho observable del elevado desconocimiento y el miedo exacerbado en lo que respecta a la salud y sus cuidados.

La desinformación y la «negación o reticencia a obtenerla» se encuentran íntimamente relacionadas con miedo a la muerte y al sufrimiento; al fantasma del cáncer asociado al dolor, como un estigma cuya única opción posible es la muerte. En ningún caso pareciera existir la posibilidad de pensar en el significado del diagnóstico temprano y mucho menos la posibilidad de curación y de tratamiento. Por lo mencionado se evidencia que sería preferible «no nombrarlo», «no conocerlo», «no saber», como si a través de tal mecanismo defensivo se pudiera evitar que la enfermedad aparezca, o si finalmente la patología que pudiera presentarse no sería como consecuencia de algún factor conocido, externo y evitable.

Se destaca que cuando en un ámbito médico pero a través de una charla informal se les cuenta que el cáncer no es igual a la muerte, dada la evidencia de que hay tratamiento y cura pero que tal suceso depende de la realización de controles para los que sólo basta con acercarse a algún centro de salud, se observa en las pacientes un es-

tado que en parte representaría alegría pero que parecieran no poder sostener dado que no creen demasiado en que, para ellas, estos recursos sean posibles. Sus vivencias personales, y las dificultades inherentes al medio social deteriorado que las rodea les han mostrado la otra cara de la enfermedad. Ahora bien, ¿dónde radicaría la posible falla si se está atento a las numerosas campañas de prevención que se realizan y a la numerosa información sobre salud que se publica? ¿Por qué aún es tan grande el desconocimiento y el miedo?...

Tomando en cuenta los testimonios recogidos en lo que se refiere a sexualidad, los resultados obtenidos muestran la misma problemática, agravada por el consumo de sustancias que en muchos casos no les permite vivir a las mujeres en cuestión su sexualidad y mucho menos disfrutar de ella. En el relato de las entrevistadas se suele escuchar que no piensan en el sexo como una manifestación de disfrute y deseo personal, sino más bien, según mencionamos, como «moneda de cambio».

Muchas de las pacientes que participaron del presente trabajo iniciaron su vida sexual a partir de una violación. Desde ese instante su cuerpo ha sido vulnerado y su libertad ha sido coartada; han sido estafadas en el acto más íntimo, representado éste por el inicio sexual, hecho que debería ser del orden del placer y del pleno disfrute, y del total encuentro con el deseo, pero que se transforma en un acto de violencia, de sumisión y de denigración de la persona en su esencia misma. A este hecho se le agrega el desconocimiento que las mujeres presentan sobre su cuerpo, su fisiología y la dificultad para entender, respetar y hacer respetar el propio cuerpo.

Aún más complejo se vuelve el tema de un embarazo en la vida de estas mujeres. Ese evento mágico, pero no deseado muchas veces, ocurrido después de alguna noche de sexo con alguna persona probablemente desconocida, y que en ninguna situación se había pensado y mucho menos buscado. El reconocimiento de «estar embarazada»

suele llegar «luego de dos o tres meses», porque su ciclo menstrual no aparece, y entonces deviene la deducción del «estoy embarazada».

Entonces es posible destacar las dos posibilidades que se les presentan a las mujeres en tal circunstancia: avanzar en este estado de gestación o bien interrumpirlo. Muchas veces el deseo de continuar no se relaciona directamente con el deseo de ser madres, o son muy jóvenes y no cuentan con apoyo de su familia o de la pareja si ésta existe. Se observa poco registro de la importancia de concurrir a un centro de salud para llevar a cabo el control del embarazo; o en numerosas ocasiones al persistir la situación de consumo e inclusive su aumento, se hace impensable la posibilidad de realizar controles, y recién se acercan a algún tipo de institución en el momento del parto, con lo cual se genera allí la otra problemática consistente en mantener a su hijo con ellas mismas, bajo su cuidado o bien que el sistema decida qué conducta seguir ante la evidencia de las dificultades de las recientes madres de brindar adecuada atención a sus bebés recién nacidos.

En otros casos la decisión de interrumpir el embarazo es clara porque no hay deseo de tener un hijo, ya sea por edad, falta de recursos, etc., pero lo que no se presenta de manera tan clara es la forma en que debe hacerse, y llegado el caso, la elección de la forma para no poner en riesgo sus vidas. Es allí donde nuevamente aparece la dificultad de buscar información a través de profesionales que brinden la asesoría necesaria.

En casi la totalidad de los casos, el miedo a ser juzgadas por el personal médico y el temor a ser denunciadas hace que la consulta sea realizada a través de otras mujeres que pasaron por situaciones semejantes. Es allí donde la mala información pone en riesgo la vida de estas mujeres. Ya hemos mencionado que la utilización de las prostaglandinas ha disminuido en mucho el riesgo de muerte, pero su utilización no es inofensiva, la cardiotoxicidad, el paro cardiorrespiratorio, las hemorragias incoercibles y otras consecuencias más severas aún son al-

gunos de los efectos posibles, por eso se cree que esta práctica debe ir sin lugar a dudas acompañada de asesoramiento y respaldo médico.

En este punto, es real que Argentina no posee una legislación que avale el aborto, sólo hay claras leyes en cuanto al aborto no punible que cubren casos de violación, riesgo de vida materna, etc. Sí existe, en la mayoría de los centros de salud, hospitales, etc., personal capacitado que brinda asesoría acerca del tema y que con conocimiento y responsabilidad brinda la información y la contención necesaria.

Se podría pensar que muchas de las conclusiones obtenidas resultan paradójicas ya que existen numerosas leyes y propuestas acerca de la salud femenina en general y sobre salud sexual y reproductiva en particular.

Desde 1994, en la Argentina se ha observado un impulso notable en el desarrollo de políticas y programas relativos a los derechos de la salud y de la reproducción, y se ha logrado un progreso significativo en los siguientes aspectos: comprensión de un enfoque a la salud reproductiva basado en los derechos humanos, que abarca la planificación familiar y la salud sexual; cambios para que los servicios ya no se presten de manera vertical, ni sobre la base de metas ni cuotas demográficas; así como en la promoción de la salud reproductiva de los adolescentes.

En el año 2002 y luego de casi un año de tratamiento en el Congreso Nacional, se sancionó la Ley 25.673/2003 sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y en el año 2003 se estableció el Decreto Reglamentario 1282/03, donde se puso en marcha el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el cual se deja en claro que toda mujer independientemente de su raza, credo, grupo social tiene derecho a acceder al «nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia».

Para ello se articulan una serie de medidas que se deben cumplir en todos los niveles del sistema de salud, que aseguren acce-

sibilidad a todos los métodos disponibles tanto para el *screening* de enfermedades referidas a la salud femenina así como también en lo que corresponde a la sexualidad y procreación.

La definición de «salud sexual y reproductiva» (SSRR) que se asumió durante la elaboración y análisis de la ley surge básicamente del documento final de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada a cabo en 1994 en El Cairo, que la caracteriza como:

El estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La SSRR entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir en todos los aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad.

El Programa de Acción de Salud del Adolescente (OPS, 2000) estipula que el hombre y la mujer tienen el

derecho a recibir información, escoger y tener acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que garanticen embarazos y partos sin riesgos.

La Ley 25.673 interpreta la sexualidad como un derecho a ser ejercido de forma responsable, sana, placentera y sin riesgos a lo largo de las diferentes etapas de la vida, tal como fuera expresado en 1995 en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer en Beijing, donde se expresa: «Salud sexual y reproductiva es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras sin coerción y sin temor a infecciones o a

embarazos no deseados, poder regular la fertilidad, sin riesgos de efectos secundarios».

Quedan así perfectamente establecidos también los derechos sexuales como «aquellos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia y sin riesgos». Y los derechos reproductivos que se refieren «a la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados». Pero debemos entender que salud reproductiva y procreación responsable no es sólo la utilización de métodos anticonceptivos, ni tampoco equivale a aborto. No es una cuestión de la mujer únicamente, sino también del hombre. No es una problemática de los hombres y mujeres del Primer Mundo, sino una realidad concreta y una preocupación de las mujeres y los hombres de todas las clases sociales en Latinoamérica. Por otra parte, la salud reproductiva no es sólo un problema importante de salud: es un problema de desarrollo y de derechos humanos. La inequidad en la salud reproductiva es una razón apremiante para la preocupación internacional, y no hay área de salud en que esta inequidad sea tan notoria como en dicha temática.

En el marco de la Ley 25.673 se establece el programa cuyos objetivos incluyen la obligación de alcanzar a toda la sociedad, disminuir la morbimortalidad materno-infantil, prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual en adolescentes, contribuir a la detección precoz de enfermedades de transmisión sexual y patologías génito-mamarias.

Incluye además la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

La responsabilidad en el campo de la salud sexual y reproductiva incluye la libertad de decidir la maternidad, el número de hijos que cada pareja desea tener responsablemente, y el intervalo entre cada uno de

ellos. Contempla la libertad de elegir el método anticonceptivo que le brinde la mayor confianza y seguridad después de recibir la información completa, necesaria y detallada en forma clara para el entendimiento preciso, teniendo en cuenta el nivel de comprensión de cada individuo.

En el artículo 6° de la Ley 25.673 se propone modificar el modelo de atención existente previo a dicha ley garantizando la cobertura de los servicios que incluyen la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual y cáncer génito-mamario, así como la prescripción y suministro de métodos anticonceptivos con los debidos controles periódicos.

Se incluye dentro de la ley la obligación de brindar información, y si así lo requirieran, los métodos anticonceptivos necesarios a niños y adolescentes; es así que resulta indispensable generar consultorios de asesoría y consejería en lo que respecta a salud sexual y reproductiva basada principalmente en la concientización, educación y promoción de la salud, y en evitar embarazos no deseados en adolescentes, definidos como aquellos que ocurren en los dos años posteriores a iniciada la edad ginecológica y que representa la franja etaria de mayor complejidad, dado que las adolescentes consultan ya cursando embarazos avanzados.

En primer lugar, numerosos reportes hacen referencia al conocimiento de la existencia de la ley, pero al desconocimiento del alcance de sus artículos. En muchas instituciones, tanto sean del ámbito estatal como del privado, no se han articulado los medios para poner en cumplimiento la ley.

Nuestro país es un país federal. Ahora bien, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires pueden optar por adherir a la Ley Nacional o por sancionar sus propias leyes en la materia. Esto llevaría a un nivel de desigualdad, en cuanto a las oportunidades que se ofrecen a la población según donde se viva. Desde otro punto de vista, puede argumentarse que la «obligatoriedad» provendría de la propia re-

forma constitucional de 1994, donde se explicita la adhesión a once tratados internacionales, en especial la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Internacional por los Derechos del Niño. El problema sustancial en materia de salud sexual y reproductiva que se repite a lo largo y a lo ancho del país es en primer lugar la disputa entre embarazo no deseado/no programado y embarazo adolescente, aunque también preocupa la realización de abortos clandestinos con las complicaciones físicas a corto y largo plazo, sin olvidar las muertes maternas, que resultan aún más graves en mujeres adolescentes. Los reportes muestran que la penalización del aborto da lugar a prácticas diferentes según las posibilidades económicas. En las clases más vulnerables, como la que representan las participantes en el presente trabajo, la problemática está íntimamente vinculada con la pobreza crítica y las condiciones de vida asociadas a ésta, tal como el hacinamiento, la falta de educación, el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas, la violencia familiar, el abuso sexual y la falta de prevención en SSRR.

La realidad sólo lleva a entender que más allá de los esfuerzos, existe la desigualdad en el acceso a la SSRR, la implementación del programa varía en cada región del país, no hay un control en cuanto al cumplimiento de la ley y cómo ésta se debe llevar a cabo. En la provincia de Buenos Aires se adhirió a la ley al crear el Programa Provincial de SSRR y Procreación Responsable, que resulta en una ley de importancia, ya que a través del Decreto Reglamentario 2327/03 prevé el acceso a métodos anticonceptivos desde los 14 años sin autorización de un mayor responsable. Sin ningún lugar a dudas el uso del preservativo es promovido y facilitado a toda la población en general. Pero en el día a día los resultados no son los esperados ya que existe el desconocimiento del programa por parte de la población y en consecuencia las mujeres de cualquier edad se ven imposibilitadas de acceder en forma gratuita a los métodos anticonceptivos. El mayor pro-

blema lo tienen las adolescentes de los estratos sociales más bajos, puesto que las salas de atención primaria no están preparadas en general para atenderlas.

Las prácticas de controles ginecológicos en el ideario social están unidas al embarazo, es decir, las mujeres llegan al ginecólogo/a cuando quieren concebir o cuando ya están embarazadas. En muchos casos, incluso, asisten sólo a una consulta antes del parto. El acceso a la educación sexual permite que las y los adolescentes se encuentren como sujetos de derechos en sí mismos, y sobre ellas/os mismos, es decir, permite que se piensen como personas autónomas, capaces de decidir sobre sus cuerpos, sus prácticas, su identidad. Se las/os instruye sobre el funcionamiento de sus cuerpos, sobre su sexualidad, y las diferencias entre el deseo y el reconocimiento. Permite que se piensen capaces de soñar y planificar un futuro, pensar si realmente quieren ser madres/padres, y cuándo, con quién y de qué manera.

Otra problemática que se presenta, según informan diferentes fuentes, es que a catorce años de vigencia de este programa nacional, no ha sido evaluado, y aunque se presentan informes anuales que reportan actividades, no hay indicadores de resultado o de impacto.

Planteadas en líneas generales algunas de las problemáticas ubicadas, se va a establecer un marco conceptual para pensar el material obtenido.

Se ha decidido abordar la temática desde la biopolítica y relacionar los grandes problemas identificados en el trabajo con este concepto, para realizar una mirada no sólo desde lo médico-psicológico sino desde la política y en especial desde la filosofía política, dado que parecieran ser recursos teóricos indiscutibles para pensar lo que sucede.

4. La biopolítica como marco conceptual

«El control de la sociedad sobre los individuos no sólo se efectúa mediante la conciencia o por la ideología, sino también en el cuerpo y

con el cuerpo» (Foucault, 2001). Para la sociedad capitalista es lo biopolítico lo que importa ante todo, lo biológico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una entidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica.

La biopolítica implica, como explica Michel Foucault, un control profundo sobre la vida (la vida en tanto vida biológica) que tiene su origen en los inicios de la sociedad moderna. Se trata entonces de la política cuyas estrategias de poder se orientan hacia la construcción y administración de las políticas sanitarias en general, el control de la población, la gestión de la guerra, en definitiva todo lo que tiene que ver con la vida. La biopolítica, o el poder biopolítico más precisamente, construyen permanentemente sujetos, es decir, subjetividades en permanente movimiento:

Por otra parte, hemos de tener en cuenta que la originalidad de la aproximación foucaultiana a la biopolítica debe mucho al hecho de haber sabido destacar cómo, a partir de un momento histórico determinado, el concepto de «vida» adquiere una problematicidad radical, que interfiere con diferentes niveles del conocimiento e inunda todos los campos de acción de la política, transformando por completo ciencia y política. A ello habríamos de sumar nosotros, testigos del auge de la biotecnología, la necesidad de tomar en consideración los aspectos tecnológicos y económicos que, como ya nadie duda, están asimismo envueltos en esa problematización profunda de la vida que constituye el giro histórico decisivo a la hora de explicar tanto la genealogía como la ontología del presente (Fernández Agis, s/f).

De igual modo ha de añadirse a esto, tal como ha señalado Esposito, que es a través de tres categorías foucaultianas como podemos caracterizar de una forma más concreta la

realidad de la biopolítica; éstas son subjetivización, inmanentiación y producción. En efecto, el poder biopolítico construye y atiende de forma permanente a la constitución de los sujetos. De forma análoga, a través de la indagación y control de cuanto tiene que ver con la vida de los individuos, las poblaciones o la salud pública, etc. La biopolítica se hace inmanente a lo real hasta tal extremo que no podríamos describir la realidad que habitamos sin tener en cuenta el determinante peso que en ella ejerce lo biopolítico. Por último, ha de insistirse en el carácter productivo de la biopolítica, tanto si entendemos esta categoría desde la perspectiva de la producción de conocimiento, de producción de la verdad, por decirlo en términos foucaultianos, como si nos referimos a través de ella a la creación y servicios, *toutcourt* (Aguilera Portales, 2010).

En otras palabras, la biopolítica es el ejercicio de poder sobre los cuerpos por parte del Estado cualquiera sea su forma. Es decir, las estrategias de biopolítica que tienen su representación en las escuelas, las cárceles los hospitales, etc., tienen como destinatario el cuerpo, ya que es en el cuerpo donde se puede ejercer algún tipo de dominio o sujeción del hombre. Foucault dice que mediante todos estos lugares donde el cuerpo entra, éste es formado, curado, normativizado, castigado y demás. Sufrir el cuerpo entonces según sus términos «una inscripción disciplinaria en la sociedad moderna, en nombre de la racionalidad organizada, una inclusión forzada e institucional que inaugura un nuevo modelo de sociedad: la sociedad disciplinaria» (Aguilera Portales, 2010).

Para explicar brevemente la noción de «cuerpo» de la que se está hablando en este momento se hace uso del seminario de Beatriz Preciado,

quien explicó que la historia política del cuerpo se puede dividir, a grandes rasgos, en tres momentos o períodos ligados

cada uno de ellos a un «régimen somatopolítico» distinto: el régimen soberano, en el que el cuerpo aún está habitado por el poder teocrático («es un cuerpo para la muerte»); el régimen disciplinario o biopolítico, en el que hay una proliferación de órganos y el cuerpo funciona como una máquina orgánica de reproducción nacional; y el régimen fármaco-pornográfico o neoliberal, que se caracterizaría, entre otras cosas, por la aparición de la noción médico-psiquiátrica de «género», la emergencia del cuerpo *cyborg*, la separación química entre heterosexualidad y reproducción o la conversión de la pornografía en cultura popular.¹

Resumiendo, todo lo que atañe a la gestión de la población pasa a ser considerado desde la política objeto de su práctica, es decir, en la biopolítica se politiza o estataliza la vida. Esto incluye la alimentación, la salud, la sexualidad, etc. El pueblo devenido en población por el poder biopolítico se hace objeto de planificaciones políticas que afectan sus modos de vivir y de morir. Foucault decía que el poder soberano antiguo regía en «hacer morir y dejar vivir». Actualmente se trata de «hacer vivir y dejar morir». La biopolítica en su gestión sobre la vida y los cuerpos intenta controlar la vida para evitar la muerte. La muerte es la cara de la derrota de la biopolítica.

Para terminar y abocarnos a lo más específico de nuestra labor, citamos un párrafo de una entrevista a la filósofa Judith Revel.²

Revel explica conceptualmente la biopolítica y los movimientos de los grupos minoritarios, y frente a una pregunta de la entrevistadora que dice: «¿Por qué devenir-mujer entonces?», responde:

¹ Utilizamos aquí un resumen del seminario de Beatriz Preciado (2011) «Cuerpo impropio. Guía de modelos somatopolíticos y de sus posibles usos desviados».

² Publicada en *Página/12* del día 30/07/07 y titulada «La disolución del discurso de izquierda abre las puertas a los discursos de derecha».

Porque me parecía que históricamente ser mujer correspondió a la expulsión de la vida política, al no reconocimiento ni remuneración del trabajo doméstico, y es precisamente esto lo que ha permitido a las mujeres –no de modo esencial ni identitario, sino porque se encontraban en esa situación– desarrollar otro tipo de prácticas y estrategias referidas a la cooperación, la solidaridad y la circulación. El devenir-mujer de la política es un devenir minoritario porque implica el desarrollo de estrategias alternativas que pasan a través de la subjetivación y la creación de nueva comunidad, o de nuevos sentidos para la vida común.

Más allá de las diferentes implicaciones de este párrafo nos interesó centrarnos en cómo conceptualiza el lugar de respuesta de la mujeres frente a algunas cuestiones concernientes al trabajo y al escaso a nulo poder político para pensar y discutir políticas que las atañen de manera especial. En esto se incluye, y con esto se inicia el trabajo sobre los distintos elementos recogidos en esta investigación, todo lo que implican las políticas de salud sobre las mujeres, específicamente las que se refieren a su salud sexual y reproductiva.

5. Biopolítica y aborto

Ya se ha mencionado a lo largo del trabajo que la mayoría de las entrevistadas tiene uno o más abortos a lo largo de su vida y prácticamente en todos se ha utilizado la prostaglandina sin recurrir a un médico, muchas veces referidas por una amiga, o por investigaciones realizadas en internet las más jóvenes, pero nunca bajo supervisión médica. Tienen perfectamente claro la prohibición del aborto y temen quedar presas si acuden a un hospital. Si recurren a este último es sólo frente a una hemorragia o algo que consideran riesgo de vida, en el mejor de los casos, si no son víctimas de estas prácticas. Se ha preguntado si luego de estas intervenciones de la medicina han reci-

bido algún tipo de asesoramiento, y la mayoría responde que no a pesar de saber que hay políticas en relación con las asesorías y seguimiento de estas cuestiones en la mayoría de los hospitales.

Si analizamos la cuestión del aborto al margen de prejuicios morales, simplemente partiendo de la premisa de que las técnicas del cuerpo son técnicas de poder, el hecho de que una mujer no pueda abortar libremente implica, según Beatriz Preciado, que el cuerpo femenino contiene siempre dentro de sí un «espacio de excepción política» y, que por tanto, no puede definirse como un «cuerpo plenamente democrático». «Hay que tener en cuenta, subrayó Preciado, que salvo en aquellos lugares en los que el aborto está completamente despenalizado (sin condicionantes ni plazos temporales de ningún tipo), sobre el útero rigen leyes distintas a las que regulan el resto del cuerpo. Y esa excepcionalidad sólo se da en el cuerpo femenino».³

Esta reflexión que acá se trae es solamente a los fines de instalar el debate desde otra perspectiva. Ya no desde la biología en relación con la vida o no vida y las semanas o no de gestación. Es un planteo exclusivamente político que sería oportuno en algún momento retomar con más detalle.

En lo que atañe al presente trabajo, sirve de precuela para instalar que las estrategias biopolíticas sobre las mujeres han tenido y siguen teniendo un sesgo diferencial. Se corrobora en los discursos extraídos que la mujer con uso problemático de drogas es aún más estigmatizada que el hombre en su consumo. Es aún más grave en términos comunes. Es mal vista porque ha dañado a su bebé estando embar-

³ Véase nota 1.

zada; es más culpable porque debe sostener la familia y la casa; es más responsable porque trae y sostiene vida.

En estrecha relación con este planteo y hablando de estrategias de reducción de daño, vemos que son las mismas mujeres las que han debido implementar estrategias sobre esto. Es en sí misma una estrategia de reducción de daño el uso de la prostaglandina. Por supuesto que no es sin tener en cuenta las semanas de gestación y algunas consideraciones médicas más, pero al lado de antiguas prácticas abortivas lo está siendo. La prohibición del aborto que rige aun en nuestro país tiene como efecto el no poder realizar la interrupción del embarazo con asesoramiento y cuidado. Porque además son innumerables las razones por las cuales una mujer puede llegar a esta decisión, y además también son muchas las razones por las cuales puede no querer consultar a un médico. Pero es muy importante que la mujer sepa que en la actualidad puede recibir información. A veces la práctica misma del aborto se confunde con el acceso a la información. Esto último sí pueden tenerlo y habría que trabajar en asesorías sobre esta cuestión.

Resumiendo, son las mismas mujeres las que han buscado defender sus derechos y buscan preservar su cuerpo cuando no ha sido una estrategia del Estado.

6. Biopolítica, prostitución, consumo problemático de drogas

Valdría la pena destacar una breve aclaración antes de comenzar. Existiendo actualmente un debate sobre cómo denominar esta práctica, se ha decidido hablar de «prostitución» no porque se acuerde o no con este término en detrimento de trabajo sexual, sino porque ha sido la denominación común que han usado todas las entrevistadas. El debate claramente en relación con esta distinción está instalado pero no es exactamente el alcance de esta investigación dar precisión a dicha cuestión.

En relación con esta problemática, la principal conclusión que se desprende dentro del material recolectado habla del ejercicio de la

prostitución con los fines de obtener drogas. En algunos casos, también relatan tal ejercicio para ganar dinero. Se ubica la primera cuestión asociada a momentos de mayor compulsividad al tóxico, como se ha mencionado antes.

Sin embargo, es importante armar algunas consideraciones de esta problemática porque conciernen de manera general a las mujeres que ejercen la prostitución.

Uno de los observables comunes a la mayoría de las entrevistadas fue el de prostituirse para conseguir drogas. De su discurso se desprende que en general el objetivo de la práctica sexual no radica en conseguir dinero sino en conseguir droga. Es el acceso al objeto droga el que está en cuestión. Reconocen esta acción sólo con estos fines y la asocian con mayores momentos de compulsividad al tóxico. Fuera de la obtención del tóxico niegan esta práctica de manera casi absoluta. Sin embargo no se está muy lejos de la descripción clásica de la prostitución. En este sentido y citando el artículo «Ética, Bioética y Humanismo: la subjetividad en la prostitución femenina» se encuentra tal expresión al respecto: «La prostitución pone a circular un goce no aprobado socialmente, denota una desobediencia al otro y a sus ideales» (Pérez Lemus Dianeth, 2010). Cabe destacar la similitud de esta expresión con el problema que se convoca, a saber, el consumo de sustancias. También se habla de desobediencia al otro y a sus ideales y por supuesto se trata de un goce no aprobado socialmente, entendiendo por «goce» una satisfacción pulsional en exceso, que atenta contra la vida. Las mujeres describen varias cuestiones en relación con su sexualidad que, para sorpresa de las entrevistadoras, han sido comunes. Vale aclarar que se está dentro del campo de lo descriptivo sin acercarse al desarrollo aún a una conceptualización de esta relación *droga-prostitución*, ni se quiere armar con esta secuencia ninguna generalidad al respecto. Se describen entonces, dentro de la particularidad de cada relato obtenido, estos puntos en común a los fines de este estudio.

Beatriz Preciado en su artículo «Derechos de las mujeres al trabajo... sexual», en referencia al trabajo de las mujeres en la Modernidad, dice:

[...] excluidas del dominio de la economía productiva en nombre de una definición que las convertía en bienes naturales inalienables y no comercializables, los fluidos, los órganos y las prácticas corporales de las mujeres han sido el objeto de un proceso de privatización, de captura y de expropiación, que se confirma actualmente con la criminalización de la prostitución. Tomemos un ejemplo para comprender este proceso: hasta el siglo XVIII, numerosas mujeres de clases obreras ganaban su vida vendiendo sus servicios en tanto que nodrizas profesionales. En las grandes ciudades europeas, más de dos terceras partes de los hijos de las familias aristocráticas y burguesas urbanas fueron amamantados por nodrizas. En 1752, el científico Carl Von Linné publica el panfleto «La nodriza madrastra» («La Nourrice marâtre»), en el cual exhorta a cada mujer a amantar a sus propios niños para «evitar la contaminación de razas y clases» por la leche, y exige a los gobiernos prohibir, en beneficio de la higiene y del orden social, la práctica del amamantamiento por otra persona. El tratado de Linné conllevará a la devaluación del trabajo femenino en el siglo XVIII y a la criminalización de las nodrizas. La devaluación de la leche sobre el mercado de trabajo se acompaña de una nueva retórica en torno al valor simbólico de la leche materna. La leche, representada como un fluido material a través del cual se transmite el vínculo social nacional de la madre al hijo, debe ser consumido en la esfera doméstica y no debe ser más un objeto de intercambio económico. Fuerza de trabajo que las mujeres proletarias podían poner en

venta, la leche se vuelve un precioso líquido biopolítico a través del cual fluye la identidad racial y la nacional. La leche deja de pertenecer a las mujeres para pertenecer al Estado. Un triple proceso se consume: devaluación del trabajo de las mujeres, privatización de los fluidos, el confinamiento de las madres al espacio doméstico. Una operación similar se está implementando con la extracción de las prácticas sexuales femeninas de la esfera económica. La fuerza de producción del placer de las mujeres no le pertenece: ella pertenece al Estado –es por eso que el Estado se reserva el derecho de poner una multa a los clientes que hacen uso de esta fuerza, cuyo producto debe restituirse únicamente a la producción o a la reproducción nacional–. De la misma manera que la leche, las cuestiones de inmigración y la identidad nacional están en el centro de las nuevas leyes contra la prostitución.

La prostituta (migrante, precaria, cuyos recursos afectivos, lingüísticos y somáticos son los únicos medios de producción) es la figura paradigmática del trabajador biopolítico en el siglo XXI. La cuestión marxista de la propiedad de los medios de producción encuentra en la figura de la trabajadora sexual una modalidad ejemplar de explotación. La causa primera de alienación en las prostitutas no es la extracción de la plusvalía del trabajo individual, sino que depende ante todo del no reconocimiento de su subjetividad y de su cuerpo como fuente de verdad y de valor: se trata de poder afirmar que las putas no saben, que ellas no pueden, que ellas no son sujetos políticos ni económicos en sí mismos (Preciado, 2014).

Sin entrar por supuesto en profundidad en esta cuestión, se hace relevante aclarar ciertas variables. En el país la prostitución no está penalizada, pero sí los prostíbulos. Con lo cual es bastante fina la línea donde

se trama la cuestión. Por otro lado, las políticas imperantes intentan apuntar a la trata de personas promulgando leyes para prohibir los prostíbulos, donde el argumento es que penalizado el cliente de éstos, se termina la prostitución. Si uno consulta o se acerca a la postura de las asociaciones de meretrices, éstas denuncian haber quedado más sujetas a la vida en la calle, con los riesgos que esto implica, al haberse cerrado, por ejemplo, los prostíbulos. Hoy en día el reclamo más fuerte de las mujeres que ejercen la prostitución pasa por tener los mismos derechos que cualquier trabajador. Esto implica registro, impuestos, etc. Lo plantean como un modo de dejar en claro la elección y contri-buir a sacar de la oscuridad, que sí tiene, la trata de personas.

De todos modos no es éste exactamente el lugar de investigación. El observable es que las mujeres que son recibidas en consulta temen manifestar que ejercen la prostitución y por lo tanto estadísticamente se evidencia que han quedado sujetas a mayores riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual. Para plantear con mayor claridad la tarea que nos ocupa es preciso marcar cómo se piensan las políticas de Estado frente a esta problemática. Se está en una coyuntura donde la prohibición del aborto, la línea difusa de la despenalización del consumo y la no consideración de la prostitución como un trabajo, es decir, teniendo en cuenta la libertad de acción y excluyendo por supuesto cuando se habla de trata de personas, se ubican en que son las mujeres las que quedan expuestas a una mayor vulnerabilidad.

7. Programa para la atención de mujeres con uso problemático de drogas en el marco de la reducción de daño

Se comenzó a pensar la idea de esta investigación, como ya se mencionó anteriormente, como producto de un trabajo interdisciplinario. Convocaba la cuestión de articular las demandas de las pacientes mujeres y su situación en relación con su salud sexual y reproductiva. Se encontraba entonces con que en el discurso imperaban frases como

«No quiero tener más hijos», «Seguro que la droga dañó mi cuerpo», «No sé si voy a poder tener hijos con todo lo que me drogué» a relatos de sucesos del pasado vividos con gran padecimiento como abortos realizados en la clandestinidad y la discriminación sufrida por ser usuarias de drogas. Como se ha destacado en algún momento, la sociedad actual, más específicamente los agentes de salud, muchas veces se presentan más tolerantes con la prostitución que con el uso de drogas. Sin ir más lejos, se niegan a atender a mujeres con uso problemático de drogas por desconocer la problemática y sin ajustarse a lo que dice la nueva Ley de Salud Mental. Un poco más de suerte han tenido las mujeres en ejercicio de la prostitución, pero como son dos problemáticas difíciles, muchas veces en franca unión, se continúa con los mismos resultados discriminatorios.

Del material recolectado se entiende que sería importante profundizar estrategias de abordaje en relación con las mujeres pensando estrategias en salud sexual y reproductiva.

Se destaca como muy importante a tener en cuenta en nuestra escuela y nuestro accionar el poder ofrecer e implementar herramientas en función de las problemáticas que traen. Acciones en relación con los embarazos no deseados dentro de lo que la ley imperante permite en este momento se hacen muy importantes en la práctica que ejercen los profesionales intervinientes. Como ya se dijo, casi todas las entrevistadas han tenido un aborto muchas veces vivido en soledad, sin compañía ni asistencia y corriendo los riesgos propios de no estar asesoradas ni cuidadas. Como mencionamos, no se cuenta con una ley que permita el aborto, pero es necesario trabajar con más profundidad en las asesorías y en el acompañamiento a las pacientes cuando traen este problema a consulta. Y por supuesto seguir instalando el debate a nivel social y legal. Ya no se trata de una discusión biológica ni moral, se trata de acciones políticas y de una mirada sanitaria. La mujer con uso problemático de drogas las más de las veces trae pro-

blemáticas asociadas a su femineidad, pero son pasadas por alto porque se piensa y se concluye que su mayor problema es el consumo.

Se cree que desde el momento mismo de la demanda y aún más pensando en la primera línea de la demanda como es la atención primaria, la problemática de la salud sexual de la mujer usuaria de drogas debería estar en el eje de la atención. Quedará a cargo del equipo interdisciplinar la evaluación de cada necesidad en particular, pero teniendo en cuenta que la salud sexual y reproductiva es un derecho de la paciente y posiblemente y en muchos casos la condición de un tratamiento. Ha pasado que las mujeres se acercan en lo inmediato por el uso de drogas y que aparece a primera vista su gran problemática en la temática que estamos estudiando. Se piensa un acceso a la atención que incluya chequeos de rutina (tales como Papanicolau y colposcopia, ecografía trasvaginal, ecografía mamaria y mamografía, además de estudios de laboratorio específicos para ellas), articulando los medios para que tales chequeos, de no poder realizarse en la institución, sean realizados en centros de mayor complejidad. Asimismo aparece como prioritaria la funcionalidad del consultorio de Consejería Médica tal como establece la Ley 25.763/2003. El objetivo de dicho consultorio estaría basado en el accionar en forma conjunta del equipo interdisciplinario de salud (ginecólogo, psicólogo, trabajador social, etc.), tal como lo especifica la ley en su artículo 5°, donde se brinde información sobre métodos anticonceptivos y sobre la conducta a seguir en el caso de embarazos no deseados. A partir de allí puede brindarse sólo información y luego derivar a un centro con la complejidad necesaria para realizar los tratamientos que se consideran pertinentes, incluyendo seguimiento médico, ecografía y eventual resolución en quirófano.

Se prioriza el pensar estas cuestiones en un cuidado desde el Estado pero con extrema precaución en el respeto por las decisiones individuales, en el acceso a la libertad sobre el propio cuerpo. Hoy en

día la coyuntura planteada, es decir, la prohibición del aborto, la no despenalización del consumo y la cuestión a zanjar en relación con la prostitución, anteriormente consideradas, hace que el marco de acción esté limitado. Sin embargo, actualmente en el hospital donde se desarrolla la investigación y en el cual ya se está trabajando existe el acceso a una anticoncepción que incluye colocación de dispositivo intrauterino para las pacientes que así lo requieran y el asesoramiento sobre cualquier otro método que elijan. Se realizan chequeos de PAP y colposcopia y se extienden órdenes para demás estudios, en caso de requerirse. Por supuesto a cargo de profesionales que así puedan realizarlo. Todo esto con base en un trabajo sobre la paciente atendiendo desde lo interdisciplinar a su demanda. No se trata únicamente de prescribir fármacos u órdenes médicas. La cuestión de la sexualidad femenina tiene aristas que necesitan una escucha y atención muy particular. Tal vez lleve varios encuentros que una paciente pueda contar que tuvo varios abortos, que tiene riesgos o temores en relación con las enfermedades propias de lo femenino.

La vergüenza y la censura juegan un papel decisivo en la sociedad. Sumado a esto, la cuestión del uso problemático de drogas agrava la escena. Las mujeres quedan estigmatizadas y pareciera aun en el ámbito profesional que ya nada puede hacerse con esto. Sin embargo, cada vez está más claro que todo lo mencionado es una estrategia de reducción de daño. Puede que el consumo continúe, desaparezca o aumente. Pero el cuidado de lo femenino debe estar en el horizonte. Por más trillado que suene se tiene que seguir trabajando muchas veces con un umbral mínimo de exigencia, y escuchando por dónde viene la demanda. A veces se insiste en querer resolver un consumo problemático de drogas y la demanda viene por otro lado. Y de eso se trata trabajar con la libertad del paciente para elegir sobre qué quiere ocuparse y qué responsabilidad le atañe y compete al trabajador de la salud que interviene en el caso. Es en términos generales trabajar tam-

bién con los propios prejuicios en relación con estas temáticas lo que va a orientar la práctica. En definitiva se trata de su cuerpo y de su vida.

Conclusiones

Se eligió esta temática porque se entiende que el espacio dedicado a la mujer, en lo que a su problemática específica se refiere, está incompleto. Mucho nos falta trabajar para poder disminuir las consecuencias físicas y el dolor que produce la vulnerabilidad física, la discriminación y la soledad al momento de tomar decisiones sobre el propio cuerpo con total desconocimiento, muchas veces, de las consecuencias que se pueden padecer. Ya se ha mencionado que desde la perspectiva médica los resultados obtenidos no aportaron descubrimientos, sí ha quedado en claro la problemática que presenta esta población y la falta de acciones completas desde la sociedad en general y desde el accionar profesional en particular. Desde una mirada más macro se insiste en seguir debatiendo los tres grandes problemas planteados, a saber: la prohibición del aborto, la despenalización del consumo y la problemática de la prostitución. Desde nuestra práctica se espera que esta investigación sirva como disparador movilizador para instaurar un espacio de atención cálido, profesional y humano que pueda responder a las necesidades de nuestra población asistida.

Bibliografía

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (s/f). «Foro por los derechos reproductivos. Prevención y promoción de la salud sexual» (en línea). Proyecto financiado por el Programa Vigi+A. Recuperado el 8/7/2015 de <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/download>

- loads/guias%20y%20cuadernillos/Foro-por-los-Derechos-Reproductivos.pdf.
- ADC, FOCO, CEDES, CLADEM, ELA, FEIM, Foro DDDR, INSGENAR, CELS y CDD (2012). *Comunicación Conjunta para Examen Periódico Universal. Argentina, Sesión 14*. Recuperado el 16/6/2015 de <http://www.cels.org.ar/common/documentos/EPU-DERECOS%20SEXUALES.pdf>.
- Aguilera Portales, R. E. (2010). «Biopolítica, poder y sujeto en Michel Foucault» (en línea). Recuperado el 16/6/2015 de <http://universidades.idhbc.es/n11/11-03.pdf>.
- Fernández Agis, D. (2008-12). «¿Qué es la biopolítica?» (en línea). En *Cuadernos del Ateneo*, n° 26, pp. 93-98. Recuperado el 16/6/2015 de <http://mdc.ulpgc.es/cdm/ref/collection/cateneo/id/215>.
- Foucault, M. (2001). *Fragmentos sobre biopolítica*, vol. II de *Dits et Écrits* (1976-1988) (en línea). París: Gallimard. Recuperado el 16/6/2015 de <http://www.alcoberro.info/web/planes/foucault9.htm>.
- Hospital Dr. José M. Ramos Mejía (2011). Curso «Estrategias de reducción de riesgos y daños. Intervenciones en consumos problemáticos de drogas y alcohol». Área Programática del Hospital. Centro de Día «Carlos Gardel» de asistencia en adicciones.
- Ley N° 25.673 (2002). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Decreto Reglamentario 1282/2003. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 26 de mayo de 2003.
- Ministerio de Salud de la Nación (s/f). *Leyes que reconocen tus derechos. Derechos sexuales y reproductivos* (en línea). Recuperado el 16/6/2015 de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/000000677cnt-Leyes-que-reconocen-tus-derechos.pdf>.
- Naciones Unidas (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Nueva York.
- Naciones Unidas (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 5 de septiembre de 1995*. Nueva York.

- Pérez Lemus Dianeth, C. (2010). «Ética, Bioética y Humanismo: subjetividad en la prostitución femenina: una interpretación psicoanalítica» (en línea). Recuperado el 16/6/2015 de <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/biomedicas/vol-bio12/lasubjetividadenlaprostitucion/#sthash.4LB5AuJv.dpuf>.
- Preciado, B. (2011). Resumen (en línea) del seminario «Cuerpo impropio. Guía de modelos somatopolíticos y de sus posibles usos desviados», dictado en la Universidad Nacional de Andalucía. Recuperado el 16/6/2015 de http://ayp.unia.es/index.php?option=com_content&task=view&id=678.
- Preciado, B. (2014). «Derechos de las mujeres al trabajo... sexual» (en línea). Recuperado el 16/6/2015 de <http://redreconocimientotrabajosexual.blogspot.com.ar/2014/01/derechos-de-las-mujeres-al.html>.
- Romero, M. I. (s/f). Módulo 4, lección 18: «Programas y servicios de salud para adolescentes». En *Curso salud y desarrollo del adolescente*. Departamento de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Revel, J. (30/4/2007). «La disolución del discurso de izquierda abre las puertas a los discursos de derecha» (en línea). Recuperado el 16/6/2015 de <http://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-84279-2007-04-30.html>.
- Rios, R. H. y Cossio, J. (2012). *Biopolítica para principiantes*. Buenos Aires: Longseller.
- Rodríguez, L.; Gatti, P.; Arostegui del Campo, M. T.; Agoglia, M. M. y Boragina, J. C. (s/f). «Comentarios y reflexiones acerca de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. Instituto de Derecho Civil del Colegio de Abogados del Departamento Judicial de Junín». En *UCES, Revista Jurídica*. Recuperado el 16/6/2015 de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/183/Comentarios_y_reflexiones_ley_25.673.pdf?sequence=1.

- Romero, M. F. y Maldonado, A. L. (2007). «Problemas ético-jurídicos en el consumo de drogas durante el embarazo». En *Cuadernos de Bioética*, vol. XVIII, n° 2. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.
- Rosales, P. O. y Villaverde, M. S. (2006). «Salud sexual y procreación responsable. La Ley 25.673 y las leyes provinciales». En *Semanario de Jurisprudencia Argentina sobre Salud Sexual y Reproductiva*, n° especial del 19/4/2006, pp. 4-36. Buenos Aires.
- Sistema de Naciones Unidas de Panamá (2010). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a la República de Panamá (1998 y 2010)*. Rep. de Panamá, Gobierno Nacional.

Acerca de las autoras

Natacha Gordó es licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Integrante del equipo profesional del Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becaria por el período 2013-2014 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de ese hospital.

Bibiana E. Schiazzano es médica especialista en Ginecología y Obstetricia. Médica coordinadora de Clínica y Ginecología del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becaria por el período 2013-2014 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de ese hospital. Docente de la Universidad de Buenos Aires y médica referente de salud sexual y reproductiva del Hospital Evita de Lanús.

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS INFANTILES Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

Alejandro N. Covetta

Resumen: el presente estudio intenta relacionar las experiencias traumáticas en la infancia con conductas de afrontamiento al estrés, como autolesiones, intentos de suicidio y uso problemático de sustancias, entre otras, siendo este último el de mayor interés en este trabajo. Se utiliza para tal fin una escala (ACE) de diez ítems, donde se abordan diversas experiencias traumáticas, como abuso sexual, psicológico, físico, negligencias, entre otras, y una entrevista estructurada a fin de recabar datos sociodemográficos y conductas de consumo y afrontamiento al estrés. La población en estudio son los pacientes que se encuentran realizando tratamiento con modalidad de internación en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Palabras clave: adicciones-ACE-experiencias adversas infantiles

*Experiências traumáticas infantis e consumo problemático
de substâncias*

Resumo: o presente estudo procura relacionar as experiências traumáticas na infância com condutas de enfrentamento de estresse tais como autolesões, tentativas de suicídio, uso problemático de substâncias, entre outras, sendo

esta última aquella de maior interesse no presente trabalho. Utilizar-se-á, para tal fim, uma escala (ACE) de dez itens, em que se abordam diversas experiências traumáticas, como o abuso sexual, psicológico, físico, negligências, entre outras, e uma entrevista estruturada, a fim de levantar dados sociodemográficos e condutas de consumo e enfrentamento de estresse. A população do estudo se compõe de pacientes em tratamento na modalidade internação, no Hospital Nacional em Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Palavras-chave: adições-ACE-experiências adversas infantis

Introducción

El ser humano nace y crece en un medio ambiente, siendo influido por numerosos factores que inciden en su desarrollo. Autores como Vigotsky y Bowlby enfatizaban sobre la importancia del entorno especialmente en los primeros años de vida. Vigotsky desde el concepto de «zona de desarrollo próximo», brecha entre lo que posee el niño y lo que puede desarrollar, y el andamiaje, donde hace hincapié en la intervención de un adulto que media entre el niño y la tarea a realizar. Por otro lado, Bowlby, con su teoría del apego, y posteriormente Mary Aisworth, describiendo los diversos estilos de apego en relación con la calidad del vínculo que presentan con su cuidador.

Desde la perspectiva de estos autores, el medio ambiente es crucial en la vida del sujeto, especialmente en los primeros años de vida, donde el individuo se encuentra en pleno desarrollo. Por lo tanto es factible suponer que los acontecimientos en la historia del individuo influyen en el desarrollo de la personalidad, más aún, que las experiencias traumáticas en la infancia influyen en forma negativa en el desarrollo de ésta, y pueden generar diversas conductas que surgen como formas de afrontamiento hacia aquéllas.

El Estudio de Experiencias Adversas en la Niñez (ACE) es una de las investigaciones más relevantes que vincula el maltrato infantil y la salud a lo largo de la vida. De dicho estudio surge que las experiencias traumáticas durante la niñez son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad y muerte, así como causa de una pobre calidad de la vida (Prevent Child Abuse, North Carolina, 2014).

Las «experiencias infantiles adversas» contemplan la exposición a abuso infantil, negligencia, violencia doméstica, miembros del hogar con abuso de alcohol o drogas y otros factores estresantes.

Para la OMS (Organización Mundial de la Salud), el maltrato infantil se define como

los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Según este organismo internacional, aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que un 23% de las personas de ambos sexos refieren maltratos físicos cuando eran niños.

Entre las consecuencias del maltrato infantil se encuentran problemas de salud física y mental para toda la vida, y efectos sociales y laborales negativos que pueden retrasar el desarrollo económico y social de los países.

Muchos autores manifiestan que pacientes con trastornos de personalidad presentan más probabilidad que las personas sin trastorno

de personalidad de reportar historias de maltrato infantil (Johnson, 2009).

Otros relacionan específicamente diversas vivencias traumáticas con la prevalencia de algunos trastornos de la personalidad, como por ejemplo, las personas que han padecido abuso y abandono durante la infancia tienen cuatro veces más probabilidades de desórdenes de personalidad durante la edad adulta. El abuso psicológico infantil, abuso sexual y abandono juegan un rol importante, el abuso psicológico ha sido asociado con desórdenes de personalidad antisocial y el abuso sexual con desórdenes de personalidad *borderline* (Johnson, Cohen, Brown, Smailes, Bernstein, 1999).

Asimismo, algunos autores expresan que la coocurrencia común de experiencias adversas en la infancia es importante clínicamente porque la influencia negativa a corto y largo plazo de dichas experiencias en los comportamientos, emociones, el bienestar social y la salud física ha demostrado en repetidas ocasiones que es acumulativa (Dong, Anda, Felitti, Dube, Williamson, Thompson, Loo, Giles, 2003).

Los mecanismos que vinculan parecen centrarse en comportamientos tales como tabaquismo, abuso de alcohol, drogas, comer en exceso o conductas sexuales, que pueden ser utilizados, consciente o inconscientemente, porque tienen beneficio inmediato farmacológico o psicológico como dispositivo de afrontamiento ante el estrés de abuso, violencia doméstica u otras formas de disfunción familiar (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, Marks, 1998).

Una de las posibles consecuencias de las experiencias adversas en la infancia podría ser el uso problemático de sustancias, el cual se ha transformado en uno de los desafíos más grandes a enfrentar en los últimos años. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en su cuarta versión (*DSM IV*) define la dependencia a sustancias como un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pe-

sar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. La Organización Mundial de la Salud, por su parte, la define como

el estado psíquico y a veces físico, resultante de la interacción entre una persona y una droga, caracterizado por conductas que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga, en forma continua o periódica, con el objeto de experimentar cambios psíquicos, generalmente placenteros, y en algunos casos, evitar el displacer de su ausencia.

Es de suponer, por lo tanto, que individuos con acumulación en experiencias traumáticas infantiles presenten predisposición a desarrollar trastornos en la personalidad con consecuentes conductas compensatorias, tales como consumo de sustancias.

Objetivos de la investigación

Establecer relaciones entre las experiencias infantiles adversas y la dependencia a sustancias psicoactivas en personas internadas en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Hipótesis

Existe una marcada relación entre la acumulación de experiencias traumáticas infantiles y el consumo de sustancias.

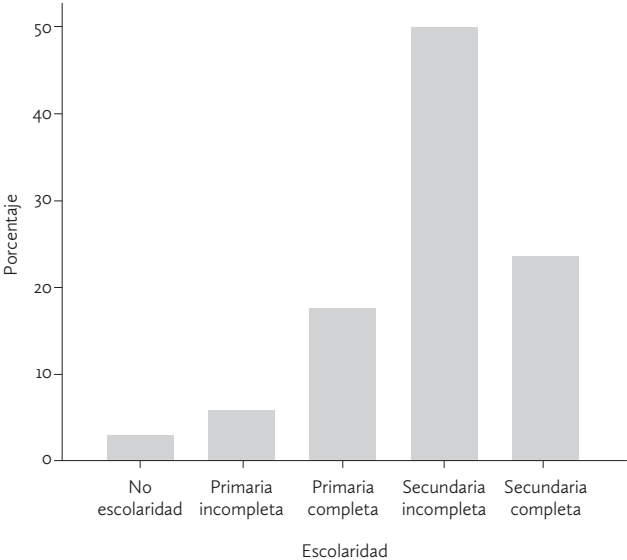
Material y métodos

Se utilizó un método de investigación no experimental donde a un grupo de sujetos se le administró una encuesta con diez preguntas referidas a traumas infantiles vivenciados. Transeccional, dado que el

estudio es un corte transversal de la historia del sujeto, y correlacional debido a que se miden las asociaciones entre las distintas variables estudiadas.

La población en estudio son pacientes del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) que se encuentran en tratamiento con modalidad de internación; dicha población oscila entre 50 a 60 pacientes de ambos sexos. La muestra está compuesta por 34 pacientes, tomada en forma aleatoria; de ellos, un 64,7% es de sexo masculino, y un 35,3% es de sexo femenino, y sus edades oscilan entre los 17 y 49 años. Respecto de la escolaridad, no recibieron educación: 2,9%, primaria incompleta: 5,9%, primaria completa: 17,6%, secundaria incompleta: 50%, secundaria completa: 23,5% (gráfico 1).

Gráfico 1



Resultados

Respecto de las experiencias traumáticas de la infancia que acontecieron antes de los 18 años, el maltrato psicológico lo padeció un 76,5%; el maltrato físico, un 73,5%; el 58,8% perdió alguna figura parental sea por fallecimiento o divorcio; un 64,7% convivió con alguna persona con una enfermedad mental o con intento de suicidio, y el dato más significativo fue que un 88,2% de los pacientes convivieron con una persona que consumía algún tipo de sustancia psicoactiva.

Teniendo en cuenta lo antes dicho, se evidenció que las personas que presentaron mayor cantidad de experiencias traumáticas en la infancia iniciaron su consumo a más temprana edad (gráfico 2).

Otro de los hallazgos relevantes en la presente investigación fue que gran parte de la población con más de seis ACE presentaron intentos de suicidio, no así los que tuvieron menos de cinco ACE (gráfico 3).

Tabla de contingencia ACE * Edad de inicio

Recuento

	Edad de inicio de consumo de sustancias				Total
	Menor de 12 años	De 13 a 14 años	De 15 a 18 años	Mayor de 19 años	
Menos de 5 ACE	2,9%	14,7%	14,7	14,7%	47%
Más de 6 ACE	20,6%	17,6%	6%	8,8%	53%
Total	23,5%	32,3%	20,7%	23,5%	100%

Gráfico 2

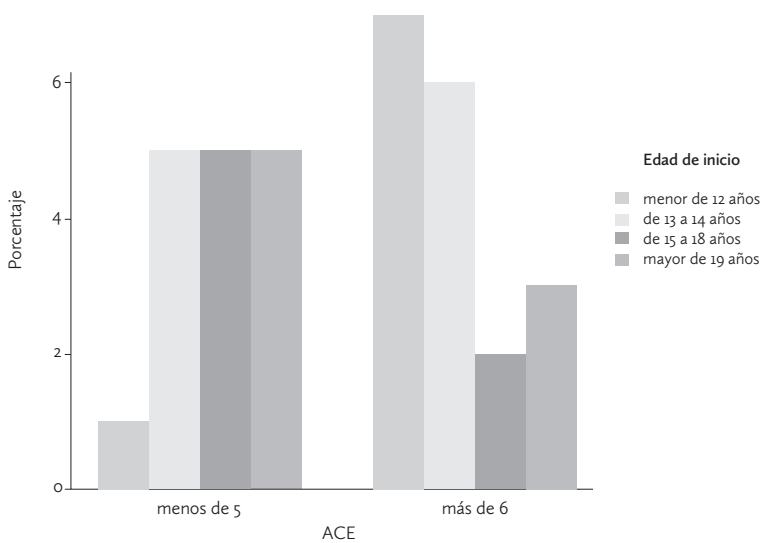


Gráfico 3

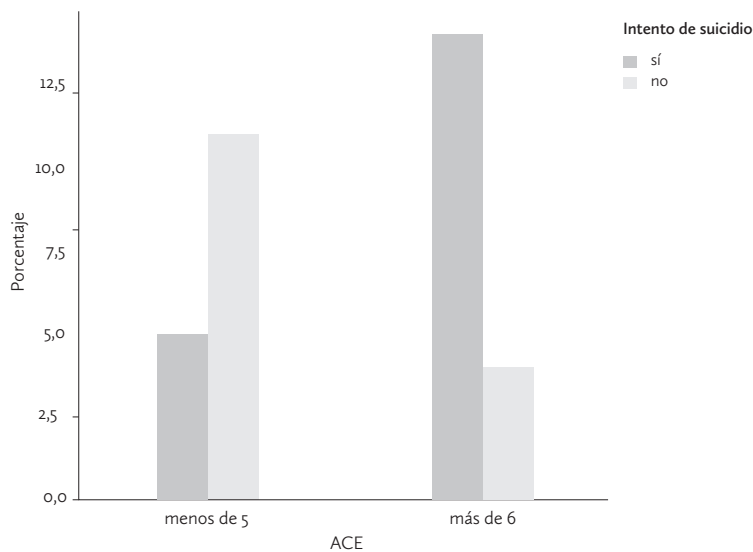


Tabla de contingencia intento de suicidio * ACE

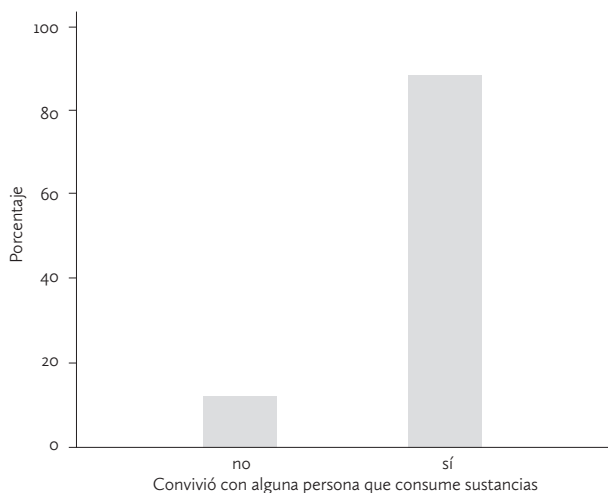
Recuento

	ACE		Total	
	Menos de 5	Más de 6		
Intento de suicidio	Sí	14,7	41,2%	55,9%
	No	32,3%	11,8%	44,1%
Total		47%	53%	100%

Conclusión

El maltrato psicológico y físico en la infancia resulta relevante en el inicio del consumo de sustancias, aunque es especialmente significativo el convivir con alguna persona que presenta consumo de sustancias psicoactivas, como se evidencia en el gráfico 4.

Gráfico 4



El 88,2% convivió antes de los 18 años con alguna persona con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, si bien resultan importantes las experiencias traumáticas vivenciadas en particular, es imprescindible tener en cuenta la acumulación de éstas a lo largo de la infancia.

Es necesario realizar futuras investigaciones ampliando la muestra de pacientes en estudio a fin de verificar los resultados hallados, como así también realizar estudios que se dirijan a determinar estrategias preventivas tomando conocimiento de las experiencias traumáticas vividas en los menores que se encuentran en situación de riesgo.

Bibliografía

American Psychiatric Association (2001). *DSM IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson.

Barba Téllez, M. N.; Cuenca Díaz, M. y Gómez, A. R. (2007). «Piaget y L. S. Vigotsky en el análisis de la relación entre educación y desarrollo». *Revista Iberoamericana de educación*, vol. 43, n° 1, 25 de mayo.

Centers for Disease Control and Prevention (en línea). Recuperado el 16/6/2015 de <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/>

Dong, M.; Anda, R. F.; Felitti, V. J.; Dube, S. R.; Williamson, D. F.; Thompson, T. J.; Loo, C. M. y Giles, W. H. (2004). «The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction». *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, n° 7, pp. 771-784.

Felitti, V. J.; Anda, R. F.; Nordenberg, D.; Williamson, D. F.; Spitz, A. M.; Edwards, V.; Koss, M. P. y Marks, J. S. (1998). «Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences

- ces (ACE) Study». *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, n° 4, pp. 245-258.
- González Rey, F. L. (2000). «El lugar de las emociones en la constitución social de lo psíquico: el aporte de Vigotski». *Educação & Sociedade*, año XXI, n° 70, abril.
- Johnson, J. G.; Cohen, P.; Brown, J.; Smailes, E. M. y Bernstein, D. P. (1999). «Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood». *Arch. Gen Psychiatry*, vol. 56, julio.
- López Vergara, J. (2006). *Criminología: introducción al estudio de la conducta antisocial*. Guadalajara, México: Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Organización Mundial de la Salud (2014) (en línea). Recuperado el 16/6/2015 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Patitó, J.; Losetti, O. A.; Trezza, F. C.; Guzmán, C. y Stingo, N. R. (2003). *Tratado de Medicina Legal y elementos de Patología Forense*. Buenos Aires: Editorial Quorum.
- Prevent Child Abuse North Carolina (2014) (en línea). Recuperado el 16/6/2015 de <http://www.preventchildabusenc.org/index.cfm?function=cms.home>.
- Soares, I.; Dias, P. (2007). «Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación». *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 7, n° 1, pp. 177-195.
- The Adverse Childhood Experiences Study (2014) (en línea). Recuperado el 16/6/2015 de http://acestudy.org/ace_score.
- World Health Organization (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Editorial Meditor S. L.

Acerca del autor

Alejandro N. Covetta es médico psiquiatra, especialista en Medicina Legal. Médico psiquiatra del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becario por el período 2013-2014 del Programa de Becas de Investigación “Licenciado Ernesto Coteló” de ese hospital. Médico psiquiatra de planta del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial J. T. Borda y director médico de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia. Docente de la Universidad de Buenos Aires y docente titular en ISALUD.

Parte II

INFORMES DE AVANCE DE INVESTIGACIÓN

LAS MIRADAS COMO PRÁCTICAS TRANSFORMADORAS EN LOS VÍNCULOS SOCIALES

Estudio exploratorio con jóvenes en situación
de pasillo en el barrio de Zavaleta

Yamila Abal y Paula Cabanchik

Resumen: el dispositivo clínico Casa Amigable del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNa-ReSo) –como establecimiento extramuros que trabaja desde la reducción de riesgo y daño con intervenciones de umbral mínimo de exigencia– prioriza el trabajo con jóvenes en situación de calle o de pasillo, es decir, sujetos sistemática e históricamente vulnerados en sus derechos, cuyas condiciones de extrema pobreza y marginalidad social (invisibilizadas) se materializan en distintos modos de sufrimiento y padecimiento. La estrategia de intervención del dispositivo consiste en generar un espacio acogedor para que los concurrentes puedan descansar, higienizarse, alimentarse, con lo cual se propicia un primer acercamiento clínico, se construyen lazos y se generan progresivamente demandas de tratamientos.

La presente investigación busca, desde un enfoque metodológico cualitativo (a través de observaciones participantes y entrevistas en profundidad), producir conocimiento sobre los sujetos que concurren a la Casa Amigable, para luego poder evaluar la pertinencia de las estrategias implementadas desde este nuevo dispositivo como para planificar nuevos modos de intervención.

En este sentido, nos preguntamos: ¿cómo son las historias de vida, las trayectorias y los recorridos realizados por estos sujetos antes de su llegada a la Casa Amigable? ¿Cuáles son sus padecimientos y cuáles son las representaciones que construyen en relación con ellos? ¿De qué manera perciben el dis-

positivo y de qué manera impacta en ellos esta nueva presencia que busca visibilizarlos?

Palabras clave: Casa Amigable (dispositivo clínico)-estigmatización-visibilización-subjetivación-vínculos-trayectorias e historias de vida

Os olhares como práticas transformadoras nos vínculos sociais. Estudo exploratório com jovens em «situação de beco» no bairro Zavaleta

Resumo: o dispositivo clínico Casa Amigável do Hospital Nacional em Red (ex CeNaReSo) –como estabelecimento extra-muros que trabalha a partir da redução de riscos e danos com intervenções de limiar mínimo de exigência– prioriza o trabalho com jovens em situação de rua ou de beco, ou seja, sujeitos sistemática e historicamente vulnerados em seus direitos, cujas condições de extrema pobreza e marginalidade social (invisibilizadas) se materializam em diferentes modos de sofrimento e padecimento. A estratégia de intervenção do dispositivo consiste em gerar um espaço acolhedor para que aqueles que cheguem possam descansar, higienizar-se, alimentar-se, propiciando assim uma primeira aproximação clínica, construindo laços e gerando progressivamente demandas de tratamentos.

A presente pesquisa procura, a partir de um enfoque metodológico qualitativo (através de observações participantes e entrevistas em profundidade), produzir conhecimento sobre os sujeitos que chegam à Casa Amigável, para em seguida poder avaliar as estratégias implementadas neste novo dispositivo, para assim planejar novos modos de intervenção. Neste sentido nos perguntamos: como são as histórias de vida, as trajetórias e os percursos realizados por esses sujeitos antes de sua chegada à Casa Amigável? Quais são seus padecimentos e quais são as representações que eles constroem em relação a eles? De que maneira percebem o dispositivo e de que maneira impacta neles esta nova presença que procura visibilizá-los?

Palavras-chave: Casa Amigável (dispositivo clínico)-estigmatização-visibilização- subjetivação-vínculos-trajetórias e histórias de vida

Introducción

Trabajar con jóvenes que se encuentran en situación de calle o de pasillo en una villa del sur de la Ciudad de Buenos Aires implica adentrarse en los aspectos más devastadores de las transformaciones económicas, políticas y sociales que el neoliberalismo trajo aparejadas a partir de la década de los 70 (y que se vieron radicalizadas durante los 90). Los procesos de cronificación de la pobreza, la profundización de las desigualdades sociales y la destrucción de los aparatos productivos fueron algunas de sus principales consecuencias. En tiempos neoliberales, el desempleo, la flexibilidad y la precarización laboral dejaron de ser situaciones aisladas y marginales. El riesgo inminente de quedar excluidos del mercado laboral se hizo cada vez más presente. Así, el trabajo dejó de ser el gran integrador y dador de identidad, y dio lugar a la configuración de nuevos tipos de subjetividades fragmentadas y situacionales (Lewkowicz, 2004), en las que prima la sensación de vulnerabilidad e incertidumbre (Castel, 2009).

En el extremo de estos procesos, se encuentran las personas con las que pretendemos trabajar: sujetos sistemática e históricamente vulnerados en sus derechos, cuyas condiciones de pobreza y marginalidad social los colocan muchas veces en la periferia de la condición humana. En términos de Agamben, «nudas vidas», sobrevivientes deshumanizados, determinados, despojados de la capacidad de pensarse como sujetos decisores y sin posibilidad de realización potencial. En este sentido, desubjetivados (Agamben, 2000).

En lo que se refiere a los procesos de naturalización e invisibilización de estas condiciones de marginación, Gentili llama la atención sobre el carácter selectivo y normalizador de la mirada cotidiana. Las miradas normalizadoras e indiferentes se constituyen como prácticas objetivantes en la medida en que obstaculizan la dinámica de reconocimiento intersubjetivo (Gentili, 2001). Así, la mirada, la experiencia de ver al otro

y de ser visto toma cuerpo como una micropráctica social y, fundamentalmente, política (Epele, 2009), en la que se pone en juego el reconocimiento del otro como sujeto y así, su misma condición de sujeto.

En este sentido una estrategia de intervención basada en la mirada y reconocimiento del otro como sujeto, que pretenda recuperar su condición sociohistórica, asumiendo la heterogeneidad y singularidad de sus padecimientos, abrirá la posibilidad de, en términos de Epele (2009), subvertir el régimen de miradas y así contribuir a procesos de subjetivación frente a lo instituido (Lewkowicz, 2004).

Hablar de «nudas vidas» resulta eficaz y clarificador para dar cuenta del arrasamiento subjetivo producto de las condiciones de desigualdad, y de los procesos de estigmatización, cosificación e invisibilización de estos conjuntos sociales. Sin embargo, utilizar esta categoría de manera lineal y sin complejizarla puede hacernos correr el riesgo de plantear un enfoque desde la lógica del déficit. En las producciones académicas y estudios sobre esta población y sus problemáticas predomina esta lógica, son enunciaciones, descripciones y análisis desde un «enfoque normativo» que hace hincapié en la falta, en el malestar, la anomia, la carencia, la pasividad de quienes se encuentran en contextos de marginalidad urbana (García Silva, 2014). Sin desconocer el impacto que las vulneraciones sistemáticas de derechos y que las repetidas experiencias traumáticas tienen en la construcción de identidades y en los procesos de subjetivación, nos interesa resaltar que incluso en las condiciones sociales más hostiles el hombre no deja de ser un sujeto con su historia, que hace, se relaciona, siente y piensa. Reconstruir e indagar sobre estos aspectos, apartándonos así de la lógica del déficit, es por un lado un intento de no reproducir miradas cosificadoras, y por el otro, pretende ser un aporte que sirva para avanzar en los procesos de subjetivación de esta población.

Así, habiendo transcurrido ya varios meses desde la puesta en marcha de la Casa Amigable, nos proponemos por un lado, explorar las

historias de vida y trayectorias personales que reconstruyen los jóvenes que asisten a la Casa Amigable, fundamentalmente en lo que se refiere a aquellas experiencias significativas percibidas como puntos de quiebre, ruptura o discontinuidad en relación con sus vínculos y lazos sociales.

Por otro lado, el segundo objetivo de esta investigación es analizar la dimensión subjetiva de la participación en la Casa Amigable. Este punto está vinculado con la posibilidad de identificar en los discursos los motivos que impulsaron a los jóvenes a acercarse a la Casa Amigable y a permanecer en ella, las percepciones y representaciones que se construyen en relación con el dispositivo y con sus referentes, así como comenzar a indagar sobre el modo en el que impacta la participación en la Casa Amigable sobre la cotidianidad de los sujetos con los que trabajamos.

El supuesto del que partimos es que se produce un movimiento en la vida y en la percepción de estos jóvenes en relación con sí mismos a partir de su suscripción en un dispositivo desde el que se los visibiliza en su condición de sujetos.

Material y métodos

En cuanto a la estrategia metodológica, abordamos la dimensión sociocultural, en tanto construcción de sentido de la vida cotidiana, desde un enfoque metodológico cualitativo con un diseño exploratorio de sucesivas aproximaciones que nos permitan avanzar en la comprensión de las estructuras significativas de los actores y los sentidos que les dan a sus acciones en un marco de relaciones intersubjetivas (Vasilachis de Gialdino, 1992).

La población objetivo de nuestra investigación está constituida por los jóvenes de entre 18 y 35 años en situación de pasillo que frecuen-

tan o son asistidos por el dispositivo Casa Amigable, incluyendo tanto a varones como a mujeres.

Con el objeto de producir una triangulación que logre superar limitaciones y complementar potencialidades de las diferentes técnicas de construcción de datos, realizamos:

- › Entrevistas en profundidad semiestructuradas a jóvenes que recurren a la Casa Amigable.
- › Entrevistas en profundidad a informantes clave: puntualmente a profesionales que trabajan en la asistencia diaria dentro del dispositivo, así como a referentes de instituciones u organizaciones barriales frecuentadas por los jóvenes objeto-sujeto de estudio de la investigación.
- › Observaciones sistemáticas en los espacios comunes de la Casa Amigable y en distintas intervenciones y actividades colectivas que se generan en el dispositivo.
- › Y por último, el análisis de los registros diarios que realizan los profesionales sobre las diferentes intervenciones que allí se desarrollan.

Trabajar con los jóvenes que asisten a la Casa Amigable además de ser fundamental en la medida en que nos permite indagar acerca de algunos de los significados que tiene para ellos asistir al dispositivo, nos facilita la compleja tarea de acceder a lo que en Salud Pública se conoce como «poblaciones ocultas» o «poblaciones de difícil acceso» (Lambert, 1990). Sin embargo, a pesar de haber delimitado la mayor parte de nuestro trabajo de campo en aquel espacio persisten las complejidades intrínsecas al carácter impredecible y errático de sus trayectorias y a las dificultades para poder planificar un esquema de encuentros a largo plazo.

Partiendo de esta premisa, y teniendo en cuenta que nos proponemos desarrollar un estudio netamente exploratorio y descriptivo, he-

mos definido para las entrevistas en profundidad trabajar con un muestreo intencional. Como criterios de selección, se definieron tres condiciones: que sean jóvenes de entre 18 y 35 años, que se encuentren en situación de pasillo, y que no sean nuevos usuarios del dispositivo, sino que estén familiarizados con su dinámica y hayan construido alguna representación en relación con qué y para qué existe un espacio como éste. Como modo de operacionalizar esta última condición, se estableció que los jóvenes a entrevistar hayan visitado la Casa Amigable por lo menos en cinco oportunidades.

También, vale aclarar que la realización de cada una de las entrevistas queda supeditada a la consideración del equipo interdisciplinario que se desempeña en la Casa Amigable, el cual deberá establecer si la participación voluntaria de cada uno de los jóvenes en entrevistas que indagarán sobre cuestiones íntimas de su vida no será contraproducente para el tratamiento y las intervenciones clínicas que se vienen desarrollando en el dispositivo.

Por último, para definir el momento de cierre de esta etapa de entrevistas dentro del trabajo de campo se pretende implementar la estrategia de «muestreo teórico». Según esta estrategia, el criterio que se utiliza es el de la saturación teórica: una categoría se encuentra saturada cuando el investigador observa que la incorporación de nuevos casos no aporta nueva información para la formulación de propiedades nuevas de dicha categoría (Glaser y Straus, 1967).

Hasta el momento, se han realizado seis entrevistas en profundidad a jóvenes que frecuentan el dispositivo; entrevistas en profundidad a todos los trabajadores que se desempeñan diariamente en la Casa Amigable; y durante cuatro meses, observaciones participantes semanales en distintos espacios de interacción o en actividades colectivas dentro de la Casa Amigable.

Las principales dificultades con las que nos hemos encontrado en el trabajo de campo estuvieron relacionadas con las posibilidades de

encontrar momentos adecuados para que los jóvenes que asisten a la Casa Amigable, muchos de ellos en consumo o con algún otro tipo de padecimientos físicos y mentales, estén en condiciones y acepten participar en una entrevista que, en principio, surge como una iniciativa ajena, que implicará una determinada cantidad de tiempo de concentración y en la que se abordarán cuestiones sensibles de su historia y su cotidianidad.

Por esta razón, en la medida en que no hemos realizado las entrevistas previstas, no se ha podido aún alcanzar la instancia de saturación teórica, y es por esto que en los próximos meses se realizarán nuevas entrevistas.

La posibilidad de conocer ciertas ideas, prácticas, experiencias y sentidos que circulan entre los jóvenes que acuden a la Casa Amigable ha sido, hasta el momento, más fácilmente accesible a partir de la sistematización de intercambios, intervenciones y fragmentos discursivos de los jóvenes en el marco de las observaciones participantes.¹

Resultados preliminares

A continuación se desarrollarán algunas cuestiones que surgieron de las entrevistas en profundidad y de las observaciones participantes hasta aquí realizadas. Dado el estado de avance del trabajo de campo, sólo se trata de primeras aproximaciones, que serán profundizadas en el informe final.

Con el objeto de organizar y clarificar el contenido de este apartado, lo dividiremos en dos: en primer lugar nos referiremos a aspectos

¹ Los nombres de las personas que participaron en el estudio fueron modificados con el objetivo de preservar la identidad y garantizar su anonimato. Por su parte, los pasajes de entrevistas fueron citados con las letras que utilizamos operativamente para identificar cada una de las desgrabaciones.

vinculados al primer objetivo que nos propusimos en la investigación, es decir, lo referente a las características, recorridos previos y trayectorias de quienes concurren a la Casa Amigable, y posteriormente, analizaremos emergentes que nos permiten comenzar a avanzar en la comprensión de los significados que tiene el dispositivo para estos sujetos.

Caracterización de la población que asiste al dispositivo y sus trayectorias personales

Partiendo de la definición de «situación de calle» como

una paradójica forma de inclusión social sostenida desde la expulsión y la marginalización, la ruptura y/o fragilidad de vínculos sociales, laborales y familiares, las dificultades para cubrir necesidades materiales, simbólicas y afectivas, así como también para acceder a bienes y servicios (salud, educación, vivienda, alimentación, justicia, etc.) (Di Iorio, 2014),

hablamos de «situación de pasillo» cuando aquellas condiciones de marginalidad se ven profundizadas por tratarse de personas con consumos problemáticos que se acercan a los barrios para adquirir sustancias, y luego, de manera progresiva se internan por periodos cada vez más largos de tiempo en los pasillos de la zona. El desarraigo, entendido como el distanciamiento, la fragilidad y quiebre de los vínculos familiares y sociales, es una de las principales características mencionadas por los profesionales de la Casa Amigable y reflejadas en los relatos de los jóvenes que participaron de la investigación. Estos últimos dan cuenta del tiempo que llevan sin ver a sus familias de origen, a sus hijos o sus parejas, o mencionan el modo intermitente en el que lo hacen, adjudicando distintos motivos, como peleas, el fallecimiento o privación de libertad de personas afectivamente cercanas, o simplemente el tiempo que hace que no salen del barrio.

Es interesante mencionar que en las cuatro entrevistas realizadas a trabajadores del dispositivo se alude a una especie de gradación o escala para describir las diferencias entre los usuarios del dispositivo en términos de su nivel o grado de deterioro físico y/o psíquico y fundamentalmente en lo que respecta al nivel de desgaste y fragilidad de los vínculos y los lazos sociales.

Cada uno de los referentes del dispositivo asocia estas diferencias a distintas cuestiones pero todos coinciden en que ellas producen modos desiguales de uso, apropiación y vínculo con el espacio.

Yo creo que es cuestión de tiempo y bueno también hay cuestiones más estructurales..., años en situación de calle [...] Esto de venir a dormir, a desayunar o a mirar la tele ehh..., tenemos casos que hace 6 u 8 meses que vienen y nunca demandaron ninguna otra intervención [...] Los vínculos ausentes se tienen que construir y eso genera mucho tiempo..., del vamos no es lo mismo la existencia de un vínculo filiatorio fuerte y su ausencia por diferentes motivos que su ausencia absoluta, su falta de inscripción (Entrevista 1, referente de la Casa).

Veo muchas personas que tienen herramientas para no estar donde están y hay otros que veo que no tienen ninguna herramienta, [...] en algunos veo que más que prolongar el tiempo limpios no van a lograr, pero hay otros que tienen un montón de herramientas (Entrevista 3, referente de la Casa).

La mayoría de los que están en tratamiento tienen mayormente el perfil de estar hace menos tiempo, tener más lazo, estar más enteros desde el punto de vista físico, psíquico, y demás [...] tener a dónde volver es un estímulo [...] tiene que

ver no solamente con tiempo de consumo, sino que vienen de una historia en la cual la mayoría de su familia está o estuvo en consumo, tuvo problemas con la ley, tuvo muertes violentas... (Entrevista 2, referente de la Casa).

Deteniéndonos en estas últimas líneas, dado el estado de avance del trabajo de campo, nos parece apresurado profundizar en el análisis de las percepciones y los significados que estas experiencias traumáticas tienen para los participantes. Sin embargo, es oportuno adelantar que lejos de intentar establecer causalidades lineales que pretendan simplificar la complejidad de las trayectorias de estos conjuntos sociales, explicando y homogeneizando las distintas experiencias, es nuestra intención abordar la diversidad de experiencias dolorosas que emergen de los relatos desde la perspectiva antropológica de «trauma y experiencia traumática» que propone María Epele. Así, la autora se refiere a

aquel sufrimiento ligado a las formas más crónicas, invisibles y silenciosas de violencias que actúan y atraviesan todas las sociedades [...] En especial aquel vinculado con los procesos de discriminación, estigmatización, falta de expectativas y desesperanza, marginalización e ilegalidad que dominan la vida cotidiana en estos contextos de marginalidad urbana (Epele, 2002).

Avanzando en la comprensión de la dimensión subjetiva de la participación en la Casa Amigable

Acá es distinto

Para avanzar en la comprensión de la dimensión subjetiva de la participación en la Casa Amigable, un primer aspecto a abordar es el que se refiere a las representaciones sobre la función que tiene el dispo-

tivo, y a los sentidos que le dan a su permanencia en él los jóvenes en situación de pasillo que lo frecuentan.

Así, ante las preguntas sobre qué es o para qué vienen a la Casa Amigable, el dispositivo aparece como una pausa, un paréntesis, un corte (en principio provisorio) en relación con los momentos de consumo o con las lógicas y los distintos tipos de violencias a los que están expuestos al estar en la calle:

La casa es como un refrigerio... para descansar. La casa es un lugar en el que estoy en paz... un rato sin drogarme (Entrevista a U., varón, 26 años).

Es un cable a tierra, cuando estoy acá no estoy consumiendo, me entretengo, mantengo la cabeza ocupada (Entrevista a C., varón, 35 años).

Estoy acá y no estoy tanto tiempo en la calle. Si estás en la calle, te drogás siempre... y en cambio acá dormís, vas al comedor, volvés y salís de acá, capaz te vas a dormir (Entrevista a R., mujer, 21 años).

Un segundo aspecto que pudimos identificar en relación con los significados que circulan alrededor de la participación en la Casa Amigable está vinculado con su dinámica en comparación con lo que ocurre en otros efectores de salud e instituciones de asistencia frecuentados por estos sujetos.

Si pensamos la accesibilidad como un proceso sociohistórico y desde una perspectiva relacional, entendiéndola como el vínculo entre los sujetos y los servicios que surge de una combinación entre las «condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que

adquiere la utilización con los servicios» (Comes, 2005), algunas prácticas y representaciones reflejan la inaccesibilidad actual e histórica de esta población al sistema de salud, independientemente de que en determinadas circunstancias hayan acudido a algún servicio.

No me gusta ir al hospital, no me gusta. No sé si será por la espera... o no sé. Vengo lastimado y Marina me cura, acá es más rápido (Entrevista a L., varón, 35 años).

[...] y desde ellos también yo creo que hay bastantes prejuicios en relación a cómo son los médicos, a que les va a doler..., hay como mucha aversión al dolor, paradójicamente ¿no?... a las inyecciones, por lo menos la población que viene acá, es aversión que le tiene, o a cualquier cosa que duela un poquito es vivida muy intensamente [...] incluso los tratamientos que tenemos acá..., hay mucha aversión a tomar medicamentos, paradójicamente (Entrevista 1, referente de la Casa).

Una pista para comprender el sentido que estos jóvenes en situación de pasillo les dan a determinadas prácticas es pensarlas en clave de lo que Epele llama «la lógica de la sospecha» aludiendo a las dudas, las sospechas, los miedos, la desconfianza que se constituyen como barreras de acceso a los servicios y a las prácticas desarrolladas o indicadas por los equipos de salud. La penalización del consumo de drogas (Ley 27.737) y su criminalización, la estigmatización y las miradas cosificadoras, la persecución policial y represión histórica y sistemática de estos conjuntos sociales, así como la hegemonía durante años de un paradigma abstencionista-prohibicionista basado en el tratamiento y rehabilitación compulsiva promovieron que la sospecha y la desconfianza condicionen los vínculos con las diferentes instituciones (Epele, 2007).

Las dinámicas, prácticas e intervenciones que se dan dentro de la Casa Amigable no están exentas de esta lógica. Sin embargo, es interesante notar que si bien la mayoría de los usuarios enuncian o nominan al dispositivo como «CeNaReSo» o como un espacio que pertenece al Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) o a un hospital, al intentar profundizar sobre los sentidos que los jóvenes construyen en relación con sus visitas a la Casa Amigable, no sólo no aparece espontáneamente la salud como idea dentro de sus relatos sino que parece no ser sencillamente comparable con otros efectores de salud, ya que se sorprenden ante las preguntas por las similitudes o diferencias que existen en relación con ellos. Y en los casos en los que sí logran establecer comparaciones, la descripción de lo que ocurre dentro de la Casa Amigable se da en oposición a las dinámicas que se plantean en otros servicios de salud y dispositivos que forman parte de la extensa y compleja trama de instituciones de asistencia por las que circulan estos sujetos. Nos adentramos de este modo en el eje principal de esta investigación: los vínculos, las miradas, las relaciones que se establecen al interior de la Casa Amigable.

Los jóvenes que acuden a la Casa Amigable subrayan no sólo el modo en el que son tratados y los vínculos que se generan con los trabajadores del dispositivo, sino que en sus discursos también aparecen rastros sobre la importancia que le otorgan al hecho de ser reconocidos desde su singularidad.

Ahí no te tratan como te tratan ellos (trabajadores de la Casa Amigable). En el comedor vas, comés y ya salís. Acá te quedás desde la mañana hasta la tarde, estamos casi todos los días juntos, todo el tiempo... (Entrevista a R., mujer, 21 años).

La primera amistad que hice fue con Guille (tallerista de la Casa Amigable). Él me ayudó a llenar los papeles (referencia a la inscripción en un curso de capacitación laboral con beca promovido por el Ministerio de Desarrollo Social). [...] Yo co-

noché a Guille en lo de mi tía Peny (referente barrial) (Entrevista a L., varón, 35 años).

Acá Marina (médica psiquiatra de la Casa Amigable) me ve como capitán... Me dice que quiero ser capitán..., me caliento, cago a pedos a todo el mundo... Es a la que más respeto, cuando me reta me callo la boca (Entrevista a L., varón, 35 años).

En esta misma clave se pueden analizar las anécdotas de la infancia y los relatos sobre momentos del pasado que aparecen de manera frecuente y espontánea en los discursos de los jóvenes en situación de pasillo que acuden a la Casa Amigable.

Uno de los hombre de mantenimiento con una moto sierra comienza a podar el árbol de la entrada de la Casa [...] Con el ruido de fondo de la moto sierra [...] Mayra, mientras se prepara un té, se sienta en la mesa y nos cuenta a una de las profesionales, a Juan y a mí que cuando ella era chiquita el padre trabajaba en Misiones talando árboles (Observaciones participantes, nota de campo, 25/02/2015).

Entra el Tucu a la Casa, mientras saca huevos y harina de una bolsa dice: «Voy a hacer reviro». «Bien ahí», comenta Juan y el Tucu se pone a cocinar. [...] Entra Matías a la casa, [...] Se para al lado del Tucu, mira lo que está haciendo y dice: «En mi casa siempre preparan reviro, pero yo nunca pude aprender cómo se hace» (Observaciones participantes, nota de campo, 05/03/2015).

Entendemos la intervención social como dispositivo que busca la reconstrucción de subjetividades a partir de la recuperación de la condi-

ción sociohistórica de los sujetos. En este sentido, el despliegue de relatos nostálgicos y las pistas que emergen de las prácticas y discursos de los jóvenes sobre la necesidad de ser reconocidos desde su singularidad –es decir, a partir de características que sienten como propias que los definen y diferencian– pueden ser interpretados como pequeños movimientos dentro del largo y complejo proceso que implica la «intervención social».

En las entrevistas, los integrantes del equipo de salud también destacan como marca distintiva de la Casa Amigable el tipo de relación que se genera entre ellos y los usuarios del dispositivo, la cual es definida como fluida, descontracturada, cercana y «familiar». Es central el lugar que ocupa en estos discursos «la construcción de vínculos de confianza» como objetivo de las intervenciones diarias.

Y... la mirada más inclusiva..., una cuestión ideológica. Nosotros no preguntamos mucho de dónde vienen salvo que ellos nos quieran contar [...] O sea, para que se establezca un vínculo de confianza se tiene que [...] ir construyendo con hechos, al sentirse alojados, desde el punto de vista más teórico psicoanalítico, desde maniobras de alojamiento... transferenciales [...] es lo que les devuelve una mirada más amigable [...] más hogareña, familiar (Entrevista 1, referente de la Casa).

Son respetados... Lo dicen: «acá te tratan bien»; vienen algunos y dicen..., lo dejan a otro que lo traen: «Mirá, acá tenés la heladera, tenés para bañarte, te tratan bien...» [...] Son alojados desde la no discriminación (Entrevista 4, referente de la Casa).

Estos modos de interacción y reconocimiento de los jóvenes en situación de pasillo, que aparecen en los relatos como modos diferentes de vincularse, configuran dentro de la Casa Amigable una dinámica que

excede al equipo de salud y atraviesa a todos los usuarios del dispositivo, incluidos los niños que se acercan a los distintos espacios de juegos que se dan dentro de la Casa.

En las interacciones (de los jóvenes con los más chiquitos)... que capaz pueden llegar a suceder en algún comedor pero es diferente porque en el comedor no hay otro mediando..., se sirve la comida, comen, comparten ese espacio y listo pero [...] si nosotros vamos a hacer un juego grupal incluimos a todos, a los chicos y a los más grandes. Y eso sí genera lazos, mini lazos (Entrevista 1, referente de la Casa).

[...] porque si bien es gente que comparte espacios, incluso vínculos familiares muchas veces, como que no tienen mucha cotidianidad, entonces el otro día Román preguntaba: «¿Y vos ya terminaste la escuela?» o «¿Ya pasaste de año?», o los chicos preguntan con esa impunidad: «¿Vos tenés hijos? ¿De qué edades?», «¿y los ves?» (risas) que uno no lo haría..., entonces sí creo que el vínculo es diferente dentro de la casa... (Entrevista 2, referente de la Casa).

A mí me gusta la libertad

Por último, otra emergente del análisis de las entrevistas en profundidad y de los registros de observaciones no participantes que quisimos incorporar a este informe de avance es la valoración de «la libertad»:

Ana cuenta sobre sus hijos (tiene un varón de 10 y dos nenas: una de 5 y otra de 2 años) que viven con el padre en Devoto. Ante la pregunta sobre cómo se lleva ella con el padre responde: «No me llevo bien pero yo las voy a ver cuando quiero [...] él no quiere tener pareja». «¿Y vos?», le pregunto. «Yo

tampoco. A mí me gusta la libertad» (Observaciones participantes, nota de campo, 21/04/2015).

Celeste cuenta que trabajó mucho tiempo en un spa haciendo masajes: «Me pagaban \$500 por cada sesión de masajes además de mi sueldo... Mucha guita». «¿Y qué pasó?». «Duré poco más de dos años. Pasa que a mí no me gusta trabajar en relación de dependencia. A mí me gusta la libertad» (Observaciones participantes, nota de campo, 22/04/2015).

No estamos en condiciones de analizar los sentidos y significados que tiene la palabra «libertad» para los participantes de la investigación. Sin embargo, esta idea puede arrojar luz para seguir avanzando en la comprensión de la dimensión subjetiva de la participación en la Casa Amigable, en tanto relacionada con ella también aparece en los discursos de los jóvenes la percepción de la impronta autogestiva que tiene la casa como un aspecto que destacan y valoran. En este punto, también se abre una brecha en relación con otros dispositivos asistenciales caracterizados por lógicas asilares, que promueven la pasividad de los sujetos asistidos.

Yo vengo, me sirvo un té, 15, 20 paquetes de galletitas y quién me va a decir algo (Entrevista a U., varón, 26 años).

Es diferente, acá podés hacer cosas (Entrevista a J., varón, 23 años).

Dos veces estuve internado en el hospital. Me hizo bien pero me sofoca. Para todo hay que rogar..., le dan la plata a mi mamá, la medicación a mi mamá... como si fuera una criatura (Entrevista a U., varón, 26 años).

Bibliografía

- Agamben, G. (2000). *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo sacer III*. Valencia: Pretextos.
- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en Salud Mental y Adicciones (ex CeNaReSo).
- Benedetti, E. (2014). «¿Qué puede el hospital? Las Casas Amigables como estrategia de anudamiento en nivel primario ante las urgencias y el desamparo». En VV. AA. 2.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. Buenos Aires: Ed. Licenciada Laura Bonaparte.
- Cabanchik, P. (2014). «Atención primaria de la salud. Un posicionamiento político-epistémico». En VV. AA. 1.^o *Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica*. Buenos Aires: Ed. Licenciada Laura Bonaparte.
- Carballeda, A. (2008). «Problemáticas sociales complejas y políticas públicas» (en línea). *Revista de la Universidad Icesi*. Cali. Recuperado el 14/11/2013 de http://www.icesi.edu.co/revista_cs/images/stories/revistaCS1/articulos/problematicas_sociales_complejas.pdf.
- Castel, R. (2004). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Castel, R. (2009). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Comes, Y. y Stolkiner, A. (2005). «“Si pudiera pagaría”. Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales». *Anuario de investigaciones*, vol. 12, pp. 137-143.
- De Souza Minayo, M. C. (comp.) (2003). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Deleuze, G. (2006). «Post-scriptum sobre las sociedades de control». *Polis*, n° 13.
- Di Iorio, J.; Rigueiral, G. J.; Rolando, S. V. y Kleiner, I. (2014). «En busca de un lugar: espacio social vivido, construcción de realidad y de identidad en personas en situación de calle». *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI, Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2013). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Epele, M. (2002). «Violencia y trauma. Políticas del sufrimiento social entre usuarias de drogas». *Cuadernos de Antropología Social*, vol. 14, pp. 117-137.
- Epele, M. (2007). «La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complotos y barreras de acceso al sistema de salud». *Cuadernos de Antropología Social*, n° 25, pp. 151-168.
- Epele, M. (2009). «Etnografía, fragmentación social y drogas. Hacia una política de las miradas». *Etnografías Contemporáneas*, n° 3. Buenos Aires: CIE, Universidad Nacional de San Martín.
- García Silva, R. (2014). *Los chicos en la calle: llegar, vivir y salir de la intemperie urbana*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Gentili, P. (2001). «La exclusión y la escuela: el apartheid educativo como política de ocultamiento». Ponencia presentada el 20 de septiembre en el *Paraninfo de la Universidad del Estado de Río de Janeiro* (UERJ).
- Gil Jiménez, P. (2011). «Teoría ética de Levinas» (en línea). *Cuaderno de Materiales. Filosofía y Ciencias humanas*, n° 22. Cali: Universidad de San Buenaventura. Recuperado el 20/6/2014 de <http://www.filosofia.net/materiales/num/num22/levinas.htm>.

- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Nueva York: Aldine Publishing Company (trad. Prof. Floreal Forni).
- González Zorrilla, C. (1987). «Drogas y control social». *Revista Poder y Control*, n° 21. Barcelona, pp. 1-14.
- Lambert, E. y Wibel, W. (1990). «Introduction». En Lambert, E. Y. (ed.). *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 98.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lewkowicz, I.; Cantarelli, M. y Grupo Doce (2003). *Del fragmento a la situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Altamira.
- Ley N.° 25.421. Ley de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM). *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de mayo de 2001.
- Ley N.° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013, *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.° 27.737. Ley de Tenencia y tráfico de Estupefacientes. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 11 de octubre de 1989.
- Sautu, R. (2003). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Lumiere.
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-metodológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2003). *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Wacquant, L. (2008). *Las cárceles de la miseria*. Buenos Aires: Ed. Manantial.

Acerca de las autoras

Yamila Abal es licenciada en Sociología y profesora de enseñanza secundaria, normal y especial en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Integrante del equipo del Primer Nivel de Atención del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becaria 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de ese hospital.

Paula Cabanchick es técnica superior en Pedagogía y Educación Social con orientación en DD. HH. Coordinadora del dispositivo de Primer Nivel de Atención del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becaria 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de ese hospital. Coordinadora de Educación Social en el DOSESS de la Universidad Nacional de Quilmes

EL DISPOSITIVO CASA AMIGABLE DE ZAVALETA, CONSTRUYENDO NUEVAS FORMAS DE ABORDAJE TERRITORIAL DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Un estudio exploratorio

Marina Anido, Silvana L. Ghiselli y Gabriela I. Mastellone

Resumen: el presente trabajo se propone investigar las implicancias de la instalación del dispositivo de Casa Amigable como parte integral de la implementación del *Plan estratégico 2013-2015* del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). La casa se encuentra ubicada en el barrio Zavaleta (Barracas, CABA). El escrito que sigue se realizó tomando como eje el contraste de la hipótesis que da marco a la investigación, la cual propone una relación causal entre el despliegue de estrategias de alojamiento implementadas por el equipo y las características de circulación, concurrencia y permanencia en la casa. Éste es un estudio cualitativo, de tipo exploratorio longitudinal, prospectivo, y se realizó con una muestra aleatoria conformada por personas concurrentes a la casa mayores de 10 años, utilizando las técnicas de observación participante, *focus groups* y entrevistas no-estructuradas. A través de la articulación con el marco teórico se pudo dar cuenta de las características distintivas de las personas que utilizan diariamente el dispositivo, los motivos por los cuales se acercan y permanecen en la casa, lo que posibilita a su vez distinguir nuevas variables involucradas en la trama vincular desplegada. Estas cualidades nos permiten producir conocimiento sobre los sujetos que concurren a la Casa Amigable, para luego poder evaluar la pertinencia de las estrategias implementadas por el equipo. A través del registro diario, observamos un incremento en la concurrencia al dispositivo. A su vez, la mitad de las personas concurrentes a la casa, hasta septiembre de 2014, realizó al menos una consulta con el equipo

profesional. Relacionamos estos datos con las características de utilización del espacio, con la accesibilidad y el vínculo cercano de los profesionales y concurrentes, entre los aspectos más relevantes. Intentaremos seguir desplegando interrogantes que amplíen estas inferencias y nos ayuden a continuar delineando las motivaciones y características vinculares de la permanencia, asistencia y circulación de los sujetos en el dispositivo.

Palabras clave: Casa Amigable-umbral mínimo de exigencia-alojamiento-vínculos-salud mental

O dispositivo Casa Amigável de Zavaleta, construindo novas formas de abordagem territorial da saúde mental comunitária. Um estudo exploratório.

Resumo: o presente trabalho se propõe investigar as implicações da instalação do dispositivo Casa Amigável como parte integral da implementação do Plano estratégico do Hospital Nacional em Red Lic. Laura Bonaparte especializado em salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). A casa se localiza no bairro Zavaleta (Barracas, Cidade Autônoma de Buenos Aires). O presente escrito se realizou tendo como eixo central o contraste da hipótese que enquadra a pesquisa, que propõe uma relação causal entre o desdobramento de estratégias de acolhimento implementadas pela equipe e as características de circulação, aproximação e permanência na casa. Este é um estudo qualitativo, de tipo exploratório longitudinal, prospectivo e realizado com uma amostra aleatória, formadas de pessoas que frequentam a casa maiores de 10 anos, utilizando as técnicas de: observação participante, *focus group* e entrevistas não estruturadas. Através da articulação com o marco teórico foi possível constatar as características distintivas das pessoas que utilizam diariamente o dispositivo, os motivos pelos quais se aproximam e permanecem na casa, possibilitando por sua vez distinguir novas variáveis envolvidas na trama vincular desdobrada. Estas qualidades nos permitem produzir conhecimento sobre os sujeitos que frequentam a Casa Amigável, para em seguida poder avaliar a pertinência das estratégias im-

plementadas pela equipe. Através do registro diário, observamos um incremento nas idas ao dispositivo. Por sua vez, a metade das pessoas que frequentam a casa, até setembro de 2014, realizou ao menos uma consulta com a equipe profissional. Relacionamos esses dados com as características de utilização do espaço, com a acessibilidade, e o vínculo próximo dos profissionais e frequentadores, entre os aspectos mais relevantes. Procuraremos continuar desdobrando questões que ampliem estas inferências e nos ajudem a seguir caracterizando as motivações e características vinculares da permanência, assistência e circulação dos sujeitos no dispositivo.

Palavras-chave: Casa Amigável-limiar mínimo de exigência-acolhimento-vínculos, saúde mental

Introducción

Desde el dispositivo de Casa Amigable como parte integral de la implementación del *Plan estratégico 2013-2015* del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) se comienza a realizar la presente investigación.

Es una experiencia enmarcada en la legislación vigente (Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, Ley de Ciudad Autónoma de Buenos Aires N.º 448, Declaración de Alma-Ata 1978, Ley de Derechos del Paciente N.º 26.529).

La casa se encuentra ubicada en el N. H. T. Zavaleta (Barracas, CABA).

El dispositivo se pensó a partir del paradigma de *reducción de riesgo y daño*, para una población diana conformada por personas con consumo problemático de sustancias, con intervenciones de umbral mínimo de exigencia (Marlatt, 1998).

La praxis cotidiana impulsó el despliegue de nuevas estrategias y repensar formas de intervención posibles, con las limitaciones y singularidades de cada caso.

Surge como emergente del trabajo que realizamos la integración de los diferentes sujetos que circulaban en el espacio de la casa (niños de casas vecinas, personas con discapacidad, adolescentes sin consumo, vecinos con otras problemáticas en salud mental). Entonces nos preguntamos sobre esta particularidad de tránsito y permanencia que percibimos paulatinamente más prolongada, ¿está relacionada con una cualidad «hogareña», que no funciona como obstáculo, sino que por el contrario se constituye como un valor agregado y un recurso valioso para potenciar la construcción de redes?

Hipótesis

La permanencia, concurrencia y circulación de diversas personas por el dispositivo Casa Amigable de Zavaleta se relaciona fuertemente con una vivencia «hogareña» del espacio por parte de los usuarios.

Entendemos esta característica inclusiva como contrapropuesta a la lógica segregacionista de otros dispositivos, motivo por el cual se constituye como instancia superadora de otros paradigmas que tienden a reducir la aplicación de la nueva ley, en algunos casos, solamente a la *deshospitalización* (Rotelli, Mauri y Leonardi, 1987).

En relación con esto último, se disparan nuevos interrogantes: ¿las características que observamos estarían relacionadas con que nos proponemos albergar las diferentes demandas de salud (mental y de clínica médica), sin ningún tipo de subdivisión ni selección de éstas?; ¿qué acceso real tienen dichas personas al resto de los efectores de salud? Partiendo de la *descentralización*, *desinstitucionalización* e *intersectorialidad* (Ley 26.657, artículo 9º, capítulo 5) que plantea la nueva legislación en salud mental, ¿tendemos a instaurar una nueva lógica, que se aleja del paradigma compartimentalizador y fragmentario, el cual se observa también en algunos efectores de Atención Primaria de la Salud (APS)?; ¿será posible a partir del estudio de esta experiencia replicar este tipo de dispositivos en otros ámbitos?

Objetivo general

- › Indagar acerca de las ideas y representaciones de «vínculos, hogar y familia» que construyen los sujetos que asisten regularmente a la Casa Amigable sobre este dispositivo.

Objetivos específicos

- › Describir la trama vincular que se despliega en el espacio.
- › Identificar la relación entre la participación de los sujetos y su representación de un hogar.
- › Identificar la relación entre la participación de los sujetos y su representación de familia.
- › Caracterizar las motivaciones de concurrencia, permanencia y circulación en la casa.

Se trata de una instancia de socialización y producción subjetiva que tiene como finalidad la desmasificación del consultante ofreciéndole una trama que posibilite el desarrollo de su singularidad, un ordenamiento regulado que lo responsabilice de sus actos, cambios y la adquisición de prácticas menos riesgosas para su salud. Su objetivo es producir un giro en su posición subjetiva: la posibilidad de reformular un destino marcado por un estigma (Baldelli y Quevedo, 2012).

Entendemos esta característica como contrapuesta a la lógica segregacionista de otros dispositivos, de modo que se constituye como instancia superadora al albergar las diferentes demandas de salud, sin ningún tipo de subdivisión ni selección de éstas. Más allá de la descentralización y desinstitucionalización que plantea la nueva legislación en salud mental, la idea es instaurar una nueva lógica, que se aleja del paradigma compartimentalizador y fragmentario. Ya que no entendemos la salud como «ausencia de enfermedad» con el objetivo

de «curar» simplemente, sino como la restitución de la complejidad de ésta, resignificando a la persona que padece como sujeto.

Material y métodos

La investigación se desarrolla en la Casa Amigable N. H. T. Zavaleta, manzana 10, casa 8 (CABA). Es un estudio cualitativo de tipo exploratorio, longitudinal, prospectivo.

La población objetivo de la presente investigación son aquellas personas que concurren a la casa, mayores de 10 años y referentes barriales con los cuales se articula. Se excluyó de la muestra a aquellas personas que no brindasen su consentimiento.

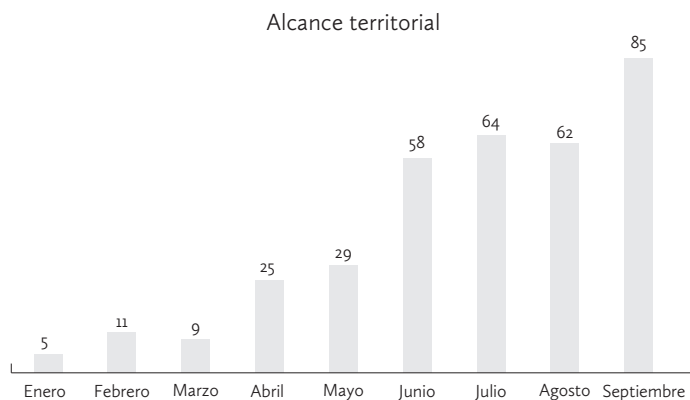
El equipo utilizó como técnicas principales la observación participante, la entrevista no estructurada, los registros de la actividad diaria, es decir, «minutas», y el *focus group*, para luego triangular la información recabada.

Resultados preliminares

Los gráficos que se desarrollarán a continuación se desprenden del trabajo de registro diario de la Casa Amigable. Consideramos que nos brindan información cuantitativa y demográfica general en cuanto a la población concurrente a la casa, que aporta la contextualización del proceso del dispositivo desde su creación. A simple vista podemos observar cómo la población asistida por el dispositivo fue en crecimiento desde su apertura. Intentaremos dar cuenta de las cualidades de los vínculos desplegados y su relación con el crecimiento exponencial de participantes-concurrentes, que refuerzan nuestra hipótesis inicial así como también nos ayudan a rastrear nuevos emergentes y variables

cualitativas que enriquecen nuestras reflexiones. Tomaremos como puntapié inicial el paradigma de reducción de riesgo y daño y el umbral mínimo de exigencia (Marlatt, 1998). Desde allí nos posicionamos como un dispositivo que para iniciar el tratamiento no plantea la abstinencia obligatoria de sustancias. Se acuerda la posibilidad de regular el consumo para que paulatinamente deje de ser considerado problemático, es decir, se establecen objetivos intermedios (Marlatt, 1998). Se plantean estrategias tan heterogéneas como las sustancias que se consumen, con el deber de contemplar un amplio espectro de objetivos según cada situación, a saber: promoción del pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas, cambios de las vías de administración, disminución de dosis y frecuencia, prevención de las sobredosis, reducción del patrón de uso múltiple de sustancias, adopción de medidas de cuidado en situación de consumo, ampliación de los escenarios de socialización concurriendo a espacios amigables. Y se entiende al sujeto que consume como entramado en las «representaciones culturales que socialmente definen los contornos del problema» (González Zorrilla, 1983).

Personas asistidas en la Casa Amigable



Características de la población que concurre a la Casa Amigable

Condición habitacional

No se encuentran en situación de pasillo: 31%

En su mayoría son niños o adolescentes menores de 5 años y el 60% mujeres

Intervalos de edad	%
Menos de 10 años	33,3
Entre 10 y 15 años	28,2
Entre 15 y 20 años	5,1
Entre 20 y 30 años	10,3
Entre 30 y 40 años	2,6
Entre 40 y 50 años	15,4
Más de 50 años	5,1
Total	100

Tipos de demanda

- Todos/as los/as niños/as y adolescentes (menores de 20 años) que acuden a la casa lo hacen fundamentalmente para realizar actividades recreativas. Entre ellos, sólo 3 realizaron algún tipo de consulta sea clínica o de salud mental (SM).
- En cambio, entre los 13 adultos que frecuentan la Casa y no están en situación de pasillo, todos se acercaron a ella a realizar consultas puntuales: clínica médica (6); SM (6) o por problemáticas sociales (1).

En situación de pasillo: 69%

La mitad tiene entre 20 y 30 años y la mayoría (64,4%) son varones

Intervalos de edad	%
Menos de 10 años	1,1
Entre 10 y 15 años	0,0
Entre 15 y 20 años	13,8
Entre 20 y 30 años	49,4
Entre 30 y 40 años	24,1
Entre 40 y 50 años	11,5
Más de 50 años	0,0
Total	100

Tipos de demanda

- Todos (87 personas) comenzaron acercándose a la casa para usar las instalaciones, desayunar o realizar actividades lúdico-recreativas (promoción de la salud desde la reducción de daños).
- Con la mitad de ellos (44) se realizó posteriormente algún otro tipo de intervención (ya sea de clínica médica, social o vinculada con SM) y entre ellos, 27 personas realizaron consultas vinculadas con SM y/o consumos problemáticos. Se logró construir demanda.

Consultas vinculadas con SM

Sólo 1º escucha	2
Orientación y/o derivación asistida	7
Seguimiento y/o tratamiento del 1º nivel	18
Total	27

La mitad de las personas concurrentes a la casa para la utilización del espacio y las instalaciones, hasta septiembre de 2014, realizó al menos una consulta con el equipo profesional. Podríamos inferir a partir de estos datos que la característica de la utilización del espacio: compartida tanto por profesionales como concurrentes ocasionales, vecinos, niños, estaría relacionada con la accesibilidad a la consulta en salud integral, lo que consideramos se conecta con algunos de los interrogantes iniciales desplegados: ¿las características que observamos estarían relacionadas con que fuimos albergando las diferentes demandas de salud (mental y de clínica médica), sin ningún tipo de subdivisión ni selección de éstas y alojando a quienes se acercaban sin distinciones? ¿Se deben al vínculo de dichas personas con el espacio las diferencias que encuentran con otros dispositivos de salud? La hipótesis se ve contrastada de igual manera por una entrevistada al ser consultada por su asistencia a diversos efectores de salud:

«P: ¿Es éste el único efector de salud que visitás?

E: Sí, porque es el único espacio en que me trataron bien y no me dijeron: “¡Ah! No, vení mañana...”; “Vení al horario y cumplí el horario”; “Hacé esto, no podés hacer esto”».

Otro de los entrevistados en relación con este mismo interrogante:

«P: ¿Cuál es la diferencia con la salita?

E: Aquí te acompañan si necesitás algo, te ayudan; en la salita te mandan solo».

Estos dichos consideramos se relacionan fuertemente con la estrategia desplegada por el equipo y el marco institucional, que proponen como parte de las tareas a realizar por los operadores y profesionales la derivación asistida (Capellán, Cohen y Wolnchin, 2012). Entende-

mos que este tipo de estrategia se rige en el marco de los principios de la Atención Primaria de la Salud en cuanto

[...] organizar la demanda de ingreso al sistema entrando en contacto con el hombre sano y acercando a él la disponibilidad de los recursos [...] encontrar las respuestas adecuadas en tiempo y lugar a las necesidades particulares de cada grupo social [...] posibilitar el uso de la intersectorialidad como herramienta, ya que ella permite incorporar y sumar recursos, actividades, iniciativas que habitualmente existen y se desarrollan más allá del sistema formal de salud, a través de otras agencias sociales: escuelas, instituciones barriales, centros de recreación, organizaciones laborales, etc. (Montobbio, 2013).

En diversas ocasiones los concurrentes a la casa son acompañados al centro de salud ubicado a pocas cuadras de la casa, ante indicadores clínicos que merecen otro tipo de seguimiento y atención, para evitar complicaciones más severas. Los participantes mencionan no acercarse directamente a este u otros efectores de salud por ser rechazados o demorados en la atención, como mencionaba la primera entrevistada. El vínculo construido de antemano por la participación en actividades grupales, el uso de las instalaciones y compartir espacios con cualidades «hogareñas» refuerzan la creación de un lazo sostenido en el tiempo, que puede dar cuenta de continuidades y discontinuidades. Este lazo con el equipo, que algunos describen como «siempre me han demostrado cariño», entendemos facilita la reflexión sobre los procesos de salud al ofrecer una mirada externa y cercana sobre sus propios cuerpos. En muchas oportunidades los profesionales que compartimos actividades con los concurrentes realizamos comentarios sobre los participantes, si creemos que alguno ha perdido peso, si hace días que se lo escucha toser o si tiene lastimadu-

ras. El armado de la red es facilitado por los vínculos de confianza contruidos, el *conocernos*, *alegrarnos* cuando nos cuentan buenas noticias, o *entristecernos* por ausencias reiteradas. Lo anteriormente mencionado refuerza nuestra hipótesis inicial, y aporta a su vez un nuevo emergente a tener en cuenta en investigaciones posteriores: la cualidad de los vínculos en la casa amigable favorece la circulación y permanencia así como también el acceso al sistema de salud.

Tomaremos ahora las características de disposición estructural de la casa. La escasa o nula subdivisión de los espacios, cocina y baño compartidos creemos determinan las representaciones de hogar y familia que se ponen en juego, y generan a su vez construcción de lazos más intensos y significativos que como mencionábamos con anterioridad, dan lugar a mayor accesibilidad. A continuación desarrollaremos una viñeta, resultado de la observación participante en los espacios grupales tanto espontáneos como generados por los talleristas. Estos espacios fueron presentados en la sección acerca de la metodología y la viñeta fue reconstruida a partir de un diálogo entre dos concurrentes a la casa.

Valeria asistía a la casa desde sus inicios, mientras que su acompañante, Sandra, concurría por primera vez. Durante el diálogo, Valeria le describía a Sandra las características del dispositivo y las instalaciones, haciendo hincapié en la autonomía que tenían para acceder tanto al desayuno como al espacio de descanso y la televisión, diciéndole por ejemplo: «Acá nadie te sirve», marcando de esa manera la diferencia con otros dispositivos.

Esta reconstrucción da cuenta de la percepción de *autonomía* que los participantes distinguen, a su vez el *compartir espacios* abre otros posibles interrogantes y reflexiones. Se construyeron *normas de convivencia* que se reflejan y manifiestan concretamente en una cartulina

confeccionada colectivamente y colocada en una de las paredes del SUM. Las normas son mínimas, y fueron creadas a partir de un acuerdo sobre los requisitos mínimos para una convivencia amigable, inclusiva y respetuosa, previendo que no se exponga a los participantes a una confrontación o disputa. Esta actividad fue planificada por parte del equipo con la intención de propiciar un espacio donde se habilite la discusión y circulación de palabras y que muestre una distinción con el «código de la calle».

José Luis, de 22 años, que concurre asiduamente a la casa desde hace seis meses, afirma: «Acá yo me divierto, a los que vienen los conozco pero ni cabida [...] me divierto, jodo, me joden, me sacan de mis casillas pero yo no hago nada, de palabra nomás, la casa se respeta. Si fuera afuera los rompo todos».

Retomando la hipótesis inicial, afirmamos que los vínculos con cualidades «hogareñas», «ceranos», «de confianza» que se despliegan en la Casa Amigable de Zavaleta están relacionados con una mayor concurrencia y permanencia en el dispositivo, favorecen a su vez la accesibilidad al sistema de salud y propician la apropiación de «otros códigos». La percepción de los participantes y profesionales favorece un intercambio, un encuentro, un «entre» que da lugar a que algo nuevo ocurra (Winnicott, 1999). Montobbio tomando a Winnicott recrea de manera original cómo las estrategias de APS y la participación de los equipos con esta perspectiva en los territorios funcionan como «ambiente», y posibilitan las condiciones para armarse algún lugar posible en el Otro desde el que advenir como sujeto.

Esta referencia de «ambiente» nos invita a seguir pensando la impronta singular del dispositivo de Casa Amigable Zavaleta, tanto ediliamente como en su funcionamiento. Inferimos con anterioridad que la disposición espacial remite a una familiaridad, entendiendo que

la familia tradicional ofrecía un punto de equilibrio al individuo, al mismo tiempo que lo insertaba en un espacio de sostén social y redistribución económica. La familia hacía posible la inscripción en una genealogía, es decir, en una historia que le brindaba a sus miembros sostén y referencia. La familia constituía para la tradición moderna el primer eslabón en el proceso de filiación y construcción de la cadena intergeneracional [...] (Rosanvallon y Fitoussi, 1997, cit. en Duschatzky y Corea, 2005, p. 3).

Creemos a su vez que el encuentro que se propicia en este ámbito con otro posibilita la subjetivación de los participantes, remitiendo a un vínculo primario, poniéndose en juego la circulación simbólica.

Nosotros tenemos casa, hogares, salimos a la calle, nos encontramos con «los otros», nos ocurren emociones, situaciones que luego, al regreso a nuestro espacio privado, lo conversamos, lo elaboramos con nuestra familia y las experiencias más íntimas las re-pensamos, las re-vivenciamos en el espacio más íntimo de la persona: su cama [...] Bueno, todo este proceso no existe para el chico de la calle, «el chico sin casa», él está condenado a no poder construir su historia, a no poder tener el espacio de la intimidad, de la seguridad que le permite elaborar lo sucedido, es decir, construir su memoria [...] Está condenado al presente continuo [...] no tener un futuro como un lugar donde se proyecta el yo, donde el yo «se espera», se percibe como continuando en una historia [...] viven en un eterno-presente (Moffatt, 1991).

Continuando las elucidaciones y entrecruzamiento de variables, reconstruiremos una de las actividades de la casa, a partir de la observación participante, comprendida en la metodología.

Como parte de la actividad programada se realizan esporádicamente almuerzos, los concurrentes y el equipo se ven implicados en la producción, creación y ejecución de las diferentes tareas y etapas del almuerzo. Se gestionan los ingredientes, se distribuyen los roles (el que cocina, el que pone la mesa, el que lava los platos) en forma espontánea, sin una planificación previa; así se da lugar a lo emergente, sin obturar. Esta espontaneidad permite en muchas ocasiones el despliegue de disensos entre los concurrentes, y «los reclamos» tanto entre ellos como hacia el equipo tratante en relación con la distribución equitativa de las tareas y espacios (quién colabora y quién no, si dejan los espacios limpios o no, quién elige el programa para ver en la TV).

Pondremos esta viñeta en diálogo con otro tramo de la entrevista con José Luis: «Yo acá si uso un vaso lo limpio, y cuido las cosas, pero otros no, tiene que haber más reglas, hacer más reuniones [...] igual después de las reuniones nadie hace caso».

José Luis describe otra de las actividades planificadas con el objetivo de «mejorar la convivencia» propuesta por el equipo, que fue apropiada y puesta en marcha por los participantes. Una propuesta asamblearia que respeta la idea hasta ahora desplegada de horizontalidad y construcción colectiva del dispositivo, con características de reunión. En estas asambleas se fomenta, como antes mencionábamos, la «circulación de la palabra». Se realizaron algunas reuniones grupales, para «charlar sobre temas de convivencia». Durante éstas, las temáticas abordadas son: cuidado del espacio, distribución de roles, reclamos de los participantes en relación con su percepción de diferencias en el trato del equipo hacia los diferentes concurrentes (uso y apropiación de objetos de la casa). Se trabaja en relación con los códigos y diferencias entre los que ellos traen (códigos tumberos y de la calle) y los que intentamos establecer en la casa. Las intervenciones del equipo se orientan a que aparezca *algo distinto*,

no sólo a que no se reproduzcan *códigos de la calle y tumberos*, eso sería no respetar la singularidad de los concurrentes. La idea es que se puedan establecer espacios de debate y construcción colectiva que pongan en juego diferentes representaciones sociales. Este enfoque de intervención que apuesta al respeto de las diferencias se ve plasmado en otras viñetas que tienen lugar en los espacios de juego y creatividad, en los cuales participan niños, adolescentes, concurrentes en situación de consumo. Los temas tratados van desde temáticas netamente de salud sexual y reproductiva hasta aquellos relativos a la identidad sexual:

Participantes: Julia (concurrente a la Casa Amigable, 30 años, trans). Omar (concurrente a espacios de juego, 12 años). Alex (concurrente a espacios de juego, 13 años) Lugar: SUM de la Casa Amigable.

Entre las muchas actividades que se desempeñan en la casa, comienza una charla entre los participantes, en la cual los niños interrogan a Julia sobre su identidad sexual. Estas preguntas iban orientadas a historizar su identidad sexual e interrogar sobre cómo definía su género, sobre los vínculos de pareja que estableció a lo largo de su vida. Julia contestó en un ambiente distendido, respondiendo a las preguntas en forma simple sin agregar información a la que ellos solicitaban. En una charla posterior del equipo con Julia, ella manifiesta haberse encontrado con la dificultad de responder a las preguntas en forma acorde con la edad de los niños.

Entendemos en ese fragmento que el ámbito de la casa constituyó un espacio facilitador para la circulación de la palabra, para que pudiesen los concurrentes vincularse de manera diferente a la que establecen en el barrio, lo que permitió que surgieran interrogantes en torno a la diversidad sexual, los cuales fueron respondidos en primera persona.

Articulando ideas y pensamientos: familia-vínculos-hogar

El *vínculo* es condición de supervivencia, según la definición de Pichon-Rivière, es imposible la existencia sin la asistencia de un otro social; a lo que agregamos la importancia de la mirada de ese que da cuenta de la existencia de los individuos en tanto sujetos. Somos en relación con otros. George Meads habla de la importancia del lenguaje y la comunicación en la construcción de la simbolización, la cual es una construcción social. El psiquismo, define Alfredo Moffat, se conformará como identidad en los vínculos que nos reflejan, en un espacio y tiempo; a partir de esto se establece una historicidad. Éste es el marco en el cual construimos los espacios grupales de la Casa Amigable. Como reflexionábamos en apartados previos, la mirada sobre los concurrentes facilita el despliegue de continuidades e historicidad, lo cual consideramos está relacionado con la permanencia de los sujetos y su acceso a la salud.

Resulta pues relevante mencionar el valor restitutivo y de contención que adquieren estos espacios para esta población vulnerada y aislada de la red social, a modo de estructura con características de *familia y hogar*. Adherimos a la definición de la primera como «una estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados, y enunciado en los niveles o dimensiones comprometidos en su análisis, podemos afirmar que la familia es el modelo natural de la situación de interacción grupal» (Pichon-Rivière, 1983).

El valor del *hogar* tiene que ver con disponer de un espacio tanto físico como simbólico para reflexionar, repensar y elaborar lo que sucede en el afuera, para pasar de un espacio exterior anónimo a uno privado, en el cual se es pareja, hermano, hijo, etc. Esto nos permite sostener nuestra identidad en el devenir de nuestra cotidianidad. La plataforma sobre la cual construimos un proyecto vital está basada en este espacio para historizar y conferir sentido a nuestro tránsito por la realidad.

La mayor parte de las personas que transitan por la Casa Amigable de Zavaleta no cuentan con este recurso, por lo que permanecen en un presente permanente, en el cual los actos van tomando el espacio de lo simbólico. Seguiremos avanzando en la confección del presente escrito reforzando las variables utilizadas y entrecruzando la información recabada con los instrumentos metodológicos destacados.

Bibliografía

- Baldelli, B. y Quevedo, S. *Proyecto de creación del Centro de Día «La otra base de encuentro»*. Mimeo.
- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en Salud Mental y Adicciones (ex CeNaReSo).
- Benedetti, E. (2014). «¿Qué puede el hospital? Las Casas Amigables como estrategia de anudamiento en nivel primario ante las urgencias y el desamparo». En VV. AA. 2.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. Buenos Aires: Ed. Licenciada Laura Bonaparte.
- Carballeda, A. J. (2005). «Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales» (en línea). *Margen*, n° 39. Recuperado el 1/7/2015 de www.margen.org.
- Cavalcanti, L. (1996). *Intervenciones comunitarias en el campo de las toxicomanías*. Medellín: GRITO: CCI-FIUC, pp. 49-61.
- Del Valle Cazzaniga, S. (2001) «Metodología: el abordaje desde la singularidad». *Cuadernillo temático Desde el Fondo*, n° 22. Paraná: Centro de Documentación. FTS. UNER.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2005). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.

- Grup Igia (1998). *Políticas e intervenciones de reducción de riesgos*. Barcelona: Ed. Grup Igia.
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 25.421. Ley de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM). *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de mayo de 2001.
- Ley N.º 27.737. Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 11 de octubre de 1989.
- Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 21 de octubre de 2009.
- Marlatt, G. A. (1998). «Reducción del daño. Principios y estrategias básicas». En *Reducción del daño: estrategias pragmáticas para manejar comportamientos de riesgo elevado*. C.P.D. de Cádiz, pp. 2-5.
- Moffatt, A. (1991). «Los chicos de la calle: el psiquismo acróico». *Revista Psicología Social Hoy*, nº marzo-abril.
- Montobbio, A. (2013). *Cuando la clínica desborda el consultorio. Salud mental y atención primaria con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Noveduc.
- Quevedo, S. y Rossi, M. (2001). «Programa Al Sur. Acerca de las prácticas sociales en reducción de riesgos y daño». En *1ª Conferencia Latina de Reducción de Riesgos*. Barcelona.
- Rosanvallon, P. y Fitoussi, J. (1997). *La nueva era de las desigualdades*. Buenos Aires: Manantial.
- Winnicott, D. (1999). «La observación de niños en una situación fija». En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

Anexo

Referencias

E: Entrevistado

P: Entrevistador

Entrevista a José Luis¹

Edad: 22 años

1. P: ¿Hace cuánto que venís a la casa?

E: Vengo hace seis meses.

2. P: ¿Con qué frecuencia?

E: Casi todos los días.

3. P: ¿Qué te hizo venir por primera vez?

E: Al principio me hizo venir mi compañero salteño, me gustó.

P: ¿Qué es lo que más te gusta de venir acá?

E: Me divierto y hago otras cosas, como desayunar o traer cosas para cocinar, me gusta ver la tele.

4. P: ¿A cuáles de tus pedidos/demandas les da respuesta la casa?

E: Cubre la necesidad de atención médica, remedios.

5. P: (Sobre los concurrentes a la casa). Las personas que están en la casa, ¿las conocés desde antes?

E: La gente que viene la conozco pero ni cabida, salvo el Salteño y Charly.

¹ Los nombres fueron cambiados para preservar el anonimato de los entrevistados.

6. P: ¿Es éste el único efector de salud que visitás?

E: La diferencia con el hospital es que acá jodo, me divierto, me joden y me sacan de las casillas, pero no hago nada, sólo de palabra, la casa se respeta. Acá es distinto porque en la salita no te acompañan, te mandan solo. Voy al comedor, porque no quiero ir a mi casa.

7. P: ¿Cambió algo desde aquellas primeras veces que te acercaste a la casa y ahora?

E: No cambié por venir a la casa, pero acá me porto bien, uno puede discutir pero nada más, afuera yo los rompo todos, acá se respeta la casa y a ustedes.

8. P: ¿Algo más que quieras decirnos o sugerirnos?

E: Acá hacen falta más reglas, yo uso un vaso y lo limpio pero otros no.

Entrevista a Julia

Edad: 30

1. P: ¿Hace cuánto que venís a la casa?

E: tres meses.

2. P: ¿Con qué frecuencia?

E: No, a veces sí, a veces no.

P: ¿En qué varía eso?

E: Porque como vivo en Avenida Caseros y Avenida Vélez Sarfield y vengo caminando... A veces estoy en otra situación.

3. P: ¿Te acordás la primera vez que concurriste? ¿Qué te hizo venir por primera vez?

E: Me trajo una amiga...

P: ¿Qué te dijo esa primera vez para que vengas?

E: Vamos a un lugar... Si querés desayunar, porque eran como las 10/9 de la mañana. Nada, me trajo. Me quedé acá, tengo onda..., ¡bah! Me llevé bien con la gente de acá... Y bueno.

P: ¿Qué es lo que más te gusta de venir acá?

E: El trato... Está bien capaz que haya una discusión con los otros chicos pero mientras que ellos me traten bien, puedo tener una discusión como cualquiera...

4. Si tuvieras que definir/describir lo que representa la casa para vos en una palabra, ¿cuál utilizarías?

E: El tratamiento, el trato, o sea me encanta... Pero venir hasta acá me queda lejos, o a veces estoy «colgada» (risas cómplices).

5. ¿A cuáles de tus pedidos/demandas les da respuesta la casa?

E: Soledad... Me entendés, porque... es como que yo te diga, tuve todo en mi vida, entendés... Pero llegar a una casa y no tener a nadie que te diga «hola» o que te dé un beso... Pero hago mis cosas y estando con mi familia no lo puedo hacer, por eso necesito salir de mi vínculo familiar para hacer lo que yo quiero, lo que yo siento, lo que a mí me gusta...

P: ¿A que da respuesta a tu soledad entonces?

E: Claro...

P: ¿Porque te encontrás con otros?

E: No, me encuentro en mi mundo, entendés... Yo no me incluyo con el otro, por más que el otro me haga... Subo los vidrios, me pongo en la burbuja... Soy yo. Incluir a otro en mi mundo, no... No es para ellos. Mi mundo es malo, mi familia sabe pero no incluyo a mi familia, incluirlo a mi mundo no... Yo prefiero...

P: ¿Pero vos acá podés venir aunque hagas «eso»?

E: Claro...

6. P: (Sobre los concurrentes a la casa.) Las personas que están en la casa, ¿las conocés desde antes?

E: Sí, algunos sí...

P: ¿Qué pensás de ellos? Tu relación con ellos, ¿se da fuera de la casa? ¿Cómo la definirías?

E: Amigos no, compañeros...

P: ¿Tenés vínculo afuera de la casa con ellos?

E: No, nada... Con algunos compartimos un trago. Amistad no.

7. P: ¿Es éste el único efector de salud que visitás?

E: Sí porque es el único espacio en que me trataron bien y no me dijeron: «¡Ah! No, vení mañana...»; «Vení al horario y cumplí el horario»; «Hacé esto, no podés hacer esto».

Un día fui con un vestidito no tan corto a la iglesia y me negaron un plato de comida, me dijeron: «Así no me vengas porque...». Yo les dije que prefiero venir con un vestido corto y no andar...

Y a los hospitales también: «¡Ah! Hoy no estamos dando turnos, vení mañana»; y pasa la otra persona y lo atienden, entonces cuál es.

8. P: ¿Cuál es el hospital al que asistís en caso de necesitarlo?

E: Mirá, me fui a un montón de lugares. Al Muñiz, al Fernández, al Ramos Mejía y justo (tono irónico) el médico está en una entrevista, y me dicen: «Vení mañana, o pasado, o la otra semana».

P: Pero vos hace poco estuviste en el Muñiz, ¿o no?

E: Sí, pero eso fue hace como un año ya... Y después estuve hace poco cuando me partieron la cabeza.

9. P: ¿Percibís alguna diferencia entre la casa y otros espacios de salud?

E: Que acá hay gente que me gusta, no son hipócritas como algunos, que te dicen: «Sí, hola, ¿cómo estás?», y después al otro día no te

saludan, o a los cinco minutos cambian el genio y ponen el grito en el cielo...

10. P: ¿Qué opinión te merecen los profesionales de la casa? ¿Qué diferencias encontrás con otros profesionales?

E: Gente decente, formal, coherente, sinceros... Capaz alguno no, pero nunca un «¡Ay! No, no..., andá vos para allá». Nunca me mezquinaron algo: «¡Ay! No comas eso porque es mío». El trato es igual para todos. No puedo decir nada. Son excelentes personas...

11. P: ¿Asistís a comedores barriales? ¿Siempre al mismo? ¿Qué hace que vuelvas? ¿Hay diferencias con otros comedores?

E: Sí, cuando tengo hambre, sí... Voy al de «Don Segundo» y al del Pastor. Voy a esos porque me quedan de paso cuando vengo para acá.

P: ¿Algo que tenga que ver con el ambiente? ¿La gente?

E: El ambiente puede ser... Me gusta porque me queda cerca cuando vengo acá...

12. P: ¿Cambió algo desde aquellas primeras veces que te acercaste a la casa y ahora?

E: Sí... Sabés que no me cuelgo tanto. A veces sí me cuelgo... Pero antes sabía estar las 24 horas colgada. Hoy en día estoy semanas sin hacerlo... Dormir. Comer. Si trabajo guardo plata. Antes me lo gastaba todo y tenía que estar pidiendo por favor. Ahora por ahí si no salgo, no trabajo, recién vengo a los comedores...

P: ¿Todo eso a qué te hace acordar?

E: Sí, a mi casa... Por eso a veces cuando estoy sola y pienso y me pongo a llorar... Y pasa... Pasa...

P: ¿Algo más que quieras decirnos o sugerirnos?

E: No... Mientras me den un trato igual... no te puedo decir nada...

Entrevista a Pablo

Edad: 14

1. P: ¿Hace cuánto que venís a la casa?

E: No sé, unos seis meses más o menos, un año.

P: ¿Seis meses o el año pasado?

E: El año pasado

2. P: ¿Con qué frecuencia?

E: Cuando no tengo nada que hacer.

P: ¿Y eso qué sería, una o dos veces por semana...?

E: Casi todos los días.

3. ¿Te acordás la primera vez que concurriste? ¿Qué te hizo venir por primera vez?

E: El metegol.

P: ¿Alguien te contó del metegol o lo viste?

E: X, otro chico que viene

4. P: ¿Qué hacés cuando venís? ¿Qué es lo que te atrae?

E: Juego al metegol.

P: ¿Jugás al metegol solamente?

E: Sí, el metegol.

5. Si tuvieras que definir/describir lo que representa la casa para vos en una palabra, ¿cuál utilizarías?

E: Eh... estricta, por Y (en referencia a un tallerista).

P: ¿Estricta por qué?

E: Por la culpa de X y Z (en referencia a otros concurrentes niños del espacio), que después de una semana no se pudo jugar al metegol.

P: ¿Qué sería estricta?

E: Y... malo, que te dicen la realidad Q e Y (talleristas de la casa).

P: ¿La realidad?

E: Sí

6. P: ¿A cuáles de tus pedidos/demandas les da respuesta la casa?

E: Jugar al metegol, tocar la guitarra o boludear con N (tallerista).

P: O sea que te convoca a hacer actividades de recreación...

E: Sí, vos hablás raro... (Risas).

P: Actividades de recreación son jugar, divertirse... Esas cosas, ¿representan para vos también la casa?

E: Sí, distraerme.

7. P: (Sobre los concurrentes a la casa.) Las personas que están en la casa, ¿las conocés desde antes?

E: A unos pares sí.

P: ¿Qué pensás de ellos?

E: Que ellos eligieron ser eso.

P: ¿Qué sería?

E: Que ellos eligieron ser gente de la calle.

P: ¿Qué pensás de ellos? Tu relación con ellos, ¿se da fuera de la casa? ¿Cómo la definirías?

E: Sí, jodemos. Yo los conozco hace mucho a algunos.

P: ¿Tenés vínculo afuera de la casa con ellos?

E: Sí, juego a la pelota a veces con S, jodemos, otros días con T

P: ¿Y es buena la relación?

E: Para boludear sí...

P: Para otras cosas...

E: No.

P: ¿Por ejemplo?

E: No sé...

P: ¿Cómo la definirías?

E: De boludeo.

8. ¿Es éste el único efector de salud que visitás?

E: ¿Para?

P: Si te tenés que hacer algún control médico por ejemplo, ¿cuál es el hospital al que asistís en caso de necesitarlo?

E: Al Penna o al Muñiz.

9. P: ¿Cuándo y dónde fue tu último control? ¿Por qué motivo?

E: La última vez fui a la salita, cuando me tuve que dar una vacuna, ahora tengo que ir otra vez...Hepatitis B y triple viral.

P: ¿Vos considerás a la casa como un efector de salud como el hospital o la salita?

E: Sí, por L (en referencia a la médica integrante del equipo).

P: ¿Alguna vez le consultaste a ella algo?

E: Sí, cuando tenía lastimados los tobillos.

P: ¿Y tu familia?

E: No.

10. P: ¿Percibís alguna diferencia entre la casa y otros espacios de salud?

E: Que no hay más doctores, que hay uno solo. Que es re chica la casa al lado de un hospital.

P: ¿Y de la salita?

E: Que acá hay metegol, en la salita no.

P: ¿La cocina o la tele...?

E: Cocina no, tele sí.

P: ¿Y los otros profesionales?

E: Para boludear.

P: Y también están en otros efectores que hayas visitado.

E: No sé...

11. P: ¿Qué opinión te merecen los profesionales de la casa? ¿Qué diferencias encontrás con otros profesionales?

E: O sea..., solamente L (médica).

P: De todos.

E: Que son divertidos.

P: ¿Son como algo que vos conozcas?

E: Son como amigos.

12. P: ¿Asistís a comedores barriales? ¿Siempre al mismo? ¿Qué hace que vuelvas? ¿Hay diferencias con otros comedores?

E: Sí, siempre al mismo.

P: ¿Qué hace que vuelvas al mismo?

E: Porque es rica la comida. En la Nelly nunca voy porque nunca alcanza, en lo del Pastor no me gusta.

P: ¿Por qué no te gusta?

E: Porque son siempre re forros, el viejo ese. Te dice «Comé todo, comé todo» (imposta la voz). En la Olga es re piola.

P: ¿Te gusta más... el ambiente?

E: También ahí conozco a las personas.

13. P: ¿Cambió algo desde aquellas primeras veces que te acercaste a la casa y ahora?

E: Hay gente nueva..., que a Y (tallerista) se le cayó más el pelo. Trajeron la guitarra, antes no estaba la guitarra, hay otros juguetes, antes no estaban, no había tantos juegos. Antes no había casi nada de libros...

P: ¿Y del funcionamiento?

E: Está más limpio, eh, no sé..., se rescatan más.

P: ¿Quiénes?

E: Algunos pares, que algunos vienen a comer, otros a pasar el tiempo, no sé..., vienen a bañarse.

P: ¿Todo eso a qué te hace acordar?

E: A un paradero.

P: ¿Un paradero?

E: Un parador.

P: ¿Algo más que quieras decirnos o sugerirnos?

E: Que N (tallerista) se ponga las pilas y venga todos los días, los sábados, los domingos. No conozco a nadie que trabaje los domingos pero los sábados sí otros vienen.

P: Querés que venga todos los días por...

E: Para jugar a la pelota y eso.

P: ¿Acá tenés cosas que hacer? O ¿por qué querés que venga todos los días?

E: Sí, pocos días después no tenés casi nada.

Acerca de las autoras

Marina Anido es psicóloga social y psiquiatra. Integrante del dispositivo de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) en el equipo interdisciplinario de la Casa Amigable de Zavaleta, y becaria 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de ese hospital. Integrante del sector de urgencias del Hospital Cosme Argerich.

Silvana L. Ghiselli es trabajadora social por la Universidad de Buenos Aires. Integrante del dispositivo de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) en el equipo interdisciplinario de la villa 21-24 y la Casa Amigable de Zavaleta, y becaria 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de ese hospital. Integrante del equipo docente de la práctica territorial de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo.

Gabriela I. Mastellone es psicóloga por la Universidad de Buenos Aires. Integrante del dispositivo de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) en el equipo interdisciplinario de la Casa Amigable de Zavaleta, y becaria 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de ese hospital. Docente en la Universidad de Buenos Aires.

COMORBILIDAD DIAGNÓSTICA ENTRE PERSONALIDAD PATOLÓGICA Y USO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

Estudio cuantitativo de pacientes en tratamiento en dispositivos ambulatorios del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo)

Leonardo Ghioldi e Ignacio Peleretegui

Resumen: en el presente estudio se analiza la asociación que existiría en la población de consumidores de sustancias con uso problemático que consultan en los Servicios de ADE, Consultorios Externos y Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y los rasgos de personalidad limítrofe y disocial (según clasificación diagnóstica de los manuales *CIE-10* y *DSM IV*). El objetivo es corroborar o no la presencia de dicha comorbilidad –mencionada como frecuente en la bibliografía internacional– en el ámbito de atención de nuestro hospital.

La hipótesis principal es que en los pacientes del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) esa comorbilidad se repite, resta corroborar la idea con el fin de elaborar futuros trabajos específicos sobre el tema y sumar especificidad en el modo de pensar las prácticas clínicas.

Esta investigación se apoyará en dos métodos de recolección de datos. El primero de ellos es un extracto de la escala SCID-II (*Structured Clinical Interview* o la Entrevista Clínica Estructurada), entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes de personalidad.

El segundo es un cuestionario estructurado simple y validado utilizado en el *Manual de orientaciones generales para la detección precoz de consumo de drogas* del Ministerio del Interior y Seguridad Pública del Gobierno de Chile por adecuarse específicamente a la concepción de «uso problemático de sustancias» que intentamos delimitar.

Es un estudio cuantitativo, de corte transversal y exploratorio.

Los investigadores ejecutan la toma de cuestionarios en pacientes de los servicios mencionados, al azar, en un número de trescientos.

Al día de la fecha, se tomaron noventa cuestionarios del Servicio de Consultorios Externos. Los cuestionarios fueron tomados al azar entre la lista de pacientes actuales del servicio.

De los resultados preliminares se puede indicar que existe alta coincidencia entre la hipótesis principal y los resultados obtenidos en el proceso de aplicación de la escalas.

Palabras clave: personalidad-uso problemático de sustancias-diagnóstico

Comorbilidade diagnóstica entre personalidade patológica e uso problemático de substâncias. Estudo quantitativo de pacientes em tratamento em dispositivos ambulatorios do Hospital Nacional em Red Lic. Laura Bonaparte especializado em salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)

Resumo: no presente estudo se analisa a associação possível na população de consumidores de substâncias com uso problemático que consultam nos serviços A.D.E., Consultórios externos e Hospital dia, do Hospital Nacional em Red Lic. Laura Bonaparte especializado em salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) e os traços de personalidade limítrofe e dissocial (de acordo com a classificação diagnóstica dos manuais *CID 10* e *DSM IV*). O objetivo é corroborar ou não a presença de dita comorbilidade –mencionada como frequente na bibliografía internacional– no âmbito de atenção de nosso hospital.

A hipótese principal é de que nos pacientes do Hospital Nacional em Red (ex CeNaReSo) essa comorbilidade se repete, resta corroborar a ideia com o fim de elaborar futuros trabalhos específicos sobre o tema e incrementar especificidade no modo de pensar as práticas clínicas.

Esta pesquisa se apóia em dois métodos de coleta de dados. O primeiro deles é um extrato da escala SCID-II (*Structured Clinical Interview* ou a Entrevista Clínica Estruturada), entrevista semiestruturada destinada a realizar diagnósticos mais importantes de personalidade.

O segundo é um questionário estruturado simples e validado, utilizado no Manual de Orientações Gerais para a Detecção Precoce de Consumo de Drogas do Ministério do Interior e Segurança Pública do Governo do Chile, por se adequar especificamente à concepção de «uso problemático de substâncias» que procuramos delimitar.

Estudo quantitativo, de corte transversal e exploratório.

Os pesquisadores aplicam questionários nos pacientes dos serviços mencionados aleatoriamente, em um número de trezentos. Até o presente momento foram aplicados 90 questionários do serviço de Consultórios externos. Os questionários foram aplicados aleatoriamente dentre a lista de pacientes atuais do serviço. Dos resultados preliminares é possível indicar que existe alta coincidência entre a hipótese principal e os resultados obtidos no processo de aplicação das escalas.

Palavras-chave: personalidade-uso problemático de substâncias-diagnóstico

Introducción

El presente estudio se enmarca en el contexto legal establecido en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, su decreto reglamentario y la Ley de Consumos Problemáticos N.º 26.934 (IACOP), que serán utilizados en esta investigación como marco teórico principal. Se utilizan las conceptualizaciones que allí se expresan en cuanto a la definición de uso de sustancias, derechos del paciente, autonomía y clasificaciones diagnósticas.

En tal sentido utilizamos la definición de «uso problemático de sustancias» que se expresa en el artículo 2º de la Ley de Consumos Problemáticos:

A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que –mediando o sin mediar

sustancia alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

Asimismo, de la Ley 26.657 se toma el concepto de «padecimiento» por sobre el tradicional de «trastorno», con el propósito de expresar más cabalmente el nuevo modelo de servicio en salud, por el cual el foco de la atención se ubica en el sufrimiento subjetivo que el ciudadano reconoce por sobre las clasificaciones diagnósticas tradicionales asentadas en un supuesto saber científico que encubre una matriz normatizante.

En esta investigación se adecuarán los parámetros diagnósticos al marco dado en el ítem a) del artículo 16 del decreto reglamentario de la Ley 26.657:

en aquellos casos en que corresponda incluir la referencia a criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado Nacional o bien por organismos regionales o internacionales que la Argentina integre como miembro.

En consonancia con lo antedicho se utiliza el criterio nosológico del *CIE-10*. «Revisión para el diagnóstico de las personalidades límite y disocial».

Además, cabe aclarar que la presente investigación se inscribe en el ítem m) del artículo 7° de la Ley 26.657: «Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente». Por tal se redactó un protocolo de consentimiento informado.

De este modo, apoyándonos en el *CIE-10*, usaremos el concepto de «personalidad» que la explica diciendo que

son modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Apoyados en esta forma de pensar la personalidad se encuentran los apartados de trastornos específicos de la personalidad, que por lo antedicho, se focalizarán en el espectro disocial de la personalidad (disparidad entre las normas sociales prevalecientes y un comportamiento característico) y de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite (inestabilidad emocional, imagen de sí mismo inestable, objetivos y preferencias internas confusas o alteradas, etc.).

Varios estudios han confirmado la alta tasa de prevalencia de los trastornos de la personalidad entre las personas con uso problemático de sustancias (Rogier *et al.*, 1990; Grande, Wolf, Schubert, Patterson y Brocco, 1984; Helzer y Pryzbek, 1988; Hesselbrock, Hesselbrock y Stabenau, 1985; Hesselbrock, Meyer y Kenner, 1985; Penick *et al.*, 1984; Ross *et al.*, 1988; Schuckit, 1985; Stabernau, 1984; Wolf *et al.*, 1988; Epidemiologic Catchment Area, Regier *et al.*, 1990; Sáiz *et al.*, 2001, etc.). Los estudios mencionados han proporcionado diferentes porcentajes de comorbilidad entre trastornos de personalidad y abuso de sustancias, sin embargo, todos coinciden en ubicar la disocialidad y el tipo de personalidad *borderline* como los principales gru-

pos de personalidad disfuncional que se entrelazan con el uso problemático de sustancias.

Material y métodos

El ámbito de estudio de la investigación serán los servicios ambulatorios del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), a saber: Demanda Espontánea, Consultorios Externos y Hospital de Día. El estudio está orientado a pacientes ambulatorios por las particularidades de tratamiento que *a priori* diferencian a estos pacientes de aquellos de mayor gravedad en espacios de internación.

El estudio seleccionado es el cuantitativo de tipo analítico y exploratorio por ser el mejor estudio que se adapta al corte estadístico que deseamos realizar.

Se entrevistará a sujetos de 18 hasta 60 años de ambos sexos que viven en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en el Conurbano de la provincia de Buenos Aires, sin tomar en consideración el lugar de nacimiento.

Participarán todos los varones y mujeres entre 18 y 60 años que se definan como consumidores de alguna sustancia psicoactiva y en la actualidad se consideren o no con un consumo problemático de sustancias y consulten en los servicios de Consultorios Externos, Atención a la Demanda Espontánea y Hospital de Día.

No participarán los sujetos que se encuentren en alguno de los servicios de internación del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) (Internación e Internación Breve), APS (Atención Primaria de la Salud), la Casa de Medio Camino o pacientes que concurrieran a otro dispositivo perteneciente a este hospital. El Servicio Ambulatorio de Niños, Niñas y Adolescentes queda también excluido por las implicancias en relación con el consentimiento en menores de edad.

No participarán los sujetos que no tengan un uso problemático de sustancias.

La población se conforma por la totalidad de pacientes que se atiendan en los servicios mencionados; se esperó que la toma de los cuestionarios transcurriera durante un mes en cada servicio (a seleccionar dentro del año en el cual se realiza la investigación), sin embargo, por motivos de funcionamiento de los servicios, tiempo de toma, implicancias inherentes a los cuestionarios, etc., este lapso resultó ser limitado, por lo tanto están siendo realizados en un tiempo indeterminado (dentro de los plazos de esta investigación) dependiente de la posibilidad de los sujetos a ser evaluados, y las variables mencionadas en este párrafo.

Teniendo en cuenta la facilidad con la que se presenta el cuestionario y el escaso tiempo que conlleva la administración de ambas escalas (extracto de SCID-II y cuestionario sobre uso de sustancias), no se encontraron mayores dificultades en la toma. Empero, se realizaron entrevistas con los profesionales involucrados a los fines de chequear dificultades que pudieran haber surgido, pero no se encontró ninguna.

Las variables que nos proponemos investigar son: comorbilidad entre uso problemático de sustancias y personalidad disfuncional (límite y disocial).

Procedimientos

Cuando se analiza un estudio de prevalencia de rasgos de personalidad es fundamental tener en cuenta el instrumento de evaluación que se está utilizando.

Esta investigación se apoyará en dos métodos de recolección de datos. El primero de ellos es la escala SCID-II (*Structured Clinical Interview* o la Entrevista Clínica Estructurada), entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes de personalidad. La SCID-II puede usarse para formular diagnósticos de personalidad de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional, es

decir que procure medir las diferencias cuantitativas de un mismo sustrato, tratando de ordenar los síntomas según los diferentes grados de intensidad, por ejemplo, el espectro impulsivo explosivo.

El segundo es un cuestionario estructurado simple y validado utilizado en el *Manual de orientaciones generales para la detección precoz de consumo de drogas* del Ministerio del Interior y Seguridad Pública del Gobierno de Chile por adecuarse específicamente a la concepción de «uso problemático de sustancias» que intentamos delimitar.

El uso de entrevistas estructuradas se ha seleccionado para aumentar la fiabilidad diagnóstica a través de la estandarización del proceso de evaluación, y para aumentar la validez diagnóstica mediante la facilitación de la aplicación de los criterios diagnósticos actuales de personalidad y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos.

Ambas escalas son instrumentos de fácil manejo, ahorran tiempo y proporcionan toda la información necesaria para cumplimentar los objetivos de esta investigación.

Resultados preliminares

Primera etapa: validación de instrumentos.

Primera toma de cuestionarios

Al día de la fecha se ordenó el material de trabajo, se adaptaron los instrumentos seleccionados (extracto de escala SCID-II, Escala breve para la detección de consumo problemático), se validaron los instrumentos mencionados, se justificaron teóricamente, se codificaron las planillas de respuesta de las escalas, además de haberse mantenido entrevistas con las tres coordinaciones de los servicios que funcionan como muestra (Consultorios Externos, Atención a la Demanda Espontánea y Hospital de Día).

Al día de la fecha no existen razones que justifiquen cambios o modificaciones en la delimitación e identificación del problema planteado al comienzo del proyecto.

La validación de instrumentos se realizó entre los días 14 y 16 de diciembre de 2014 en los servicios de Atención a la Demanda Espontánea (ADE), Consultorios Externos (CE) y Hospital de Día (HD).

Se realizó una selección aleatoria y azarosa de los pacientes para tomar los instrumentos de evaluación presentados.

El estudio comenzó con una toma de diez sujetos varones entrevistados en los servicios de ADE, Consultorios Externos y Hospital de Día y obtuvo los siguientes resultados:

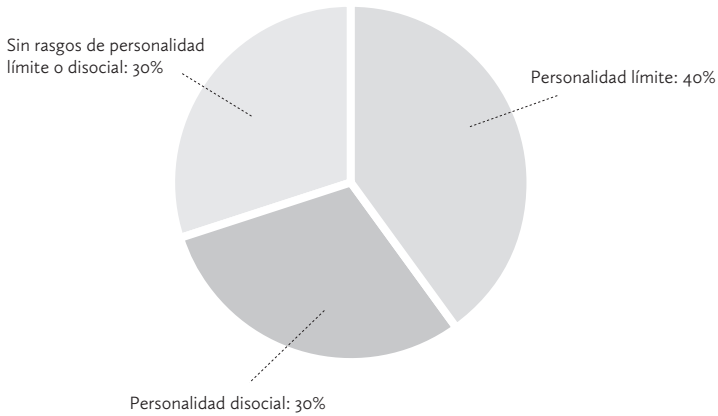
- › 4 de 10 varones presentan rasgos de personalidad patológica *borderline* o límite.
- › 3 de 10 varones con uso problemático de sustancias presentan rasgos de personalidad patológica disocial.
- › 3 de 10 varones con uso problemático de sustancias no presentan rasgos de personalidad patológica límite o disocial.

Tabla 1. Pacientes que fueron elegidos al azar para validación de instrumentos

Servicio	Rasgos de personalidad		
	Límite	Disocial	S/ rasgos pers. límite o disocial
Consultorios externos	2	0	1
ADE	1	1	1
Hospital de Día	1	2	1
Total	4	3	3

Origen: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Gráfico 1. Pacientes varones de Consultorios Externos, ADE y Hospital de Día



Conclusiones generales en relación con los instrumentos y la metodología

- › El tiempo de demora en las diez entrevistas fue el esperado, la media osciló en un rango de entre 7,5 y 9 minutos.
- › Todas las preguntas fueron respondidas según lo esperado, con un «sí» o un «no» como respuesta.
- › En dos oportunidades, luego de responder, el entrevistado quiso extenderse en su respuesta.
- › Se encontró un error en la formulación de la pregunta 11 (se había olvidado remover el formalismo inicial del cuestionario y sustituirlo por el regionalismo seleccionado).
- › Se dio cuenta de que el orden de toma de cuestionarios debía modificarse, a saber:

Orden inicial

- a) Explicación de estudio y firma de consentimiento informado
- b) Toma cuestionario MMPI 2
- c) Toma Escala breve para la detección de consumo problemático

Orden alternado

- a) Explicación de estudio y firma de consentimiento informado
- b) Toma Escala breve para la detección de consumo problemático
- c) Toma cuestionario MMPI 2

Luego de que un individuo dijera al final de la entrevista que no tenía un uso problemático de sustancias se decidió que era prioritario alternar el orden.

Sobre el interrogante en relación con el impacto de las preguntas en conexión con la privacidad que éstas enmarcan, habiéndosele aclarado a los participantes mediante el consentimiento informado la posibilidad de negarse a responder o a detenerse en cualquier momento, se encontró que todos los participantes contestaron las preguntas sin ninguna dificultad, y se mostraron interesados y entusiastas en responder.

Uno de los diez participantes se explayó en relatos que no venían al tema que se interrogaba.

Damos por sentado la importancia de haber hablado con todos los coordinadores y profesionales de los servicios competentes para prevenir eventuales repercusiones que las preguntas formuladas pudieran movilizar, aunque sólo fuera a modo preventivo, dado que suponemos y prestamos especial atención a que la entrevista sea llevada a cabo de un modo que atenúe al máximo la repercusión emotiva que la toma pudiera admitir.

Segunda etapa: toma de cuestionarios en Consultorios Externos

En la segunda parte de la toma, se comenzó con el Servicio de Consultorios Externos, se entrevistó a ochenta pacientes durante

el período de febrero-abril de 2015 y se obtuvieron los siguientes resultados:

- › 10 de 18 mujeres con uso problemático de sustancias presentan rasgos de personalidad patológica *borderline* o límite.
- › 2 de 18 mujeres con uso problemático de sustancias presentan rasgos de personalidad patológica disocial.
- › 6 de 18 mujeres con uso problemático de sustancias no presentan rasgos de personalidad patológica límite o disocial.

- › 12 de 62 hombres presentan rasgos de personalidad patológica *borderline* o límite.
- › 25 de 62 hombres con uso problemático de sustancias presentan rasgos de personalidad patológica disocial.
- › 25 de 62 hombres con uso problemático de sustancias no presentan rasgos de personalidad patológica límite o disocial.

Gráfico 2. Pacientes mujeres de Consultorios Externos

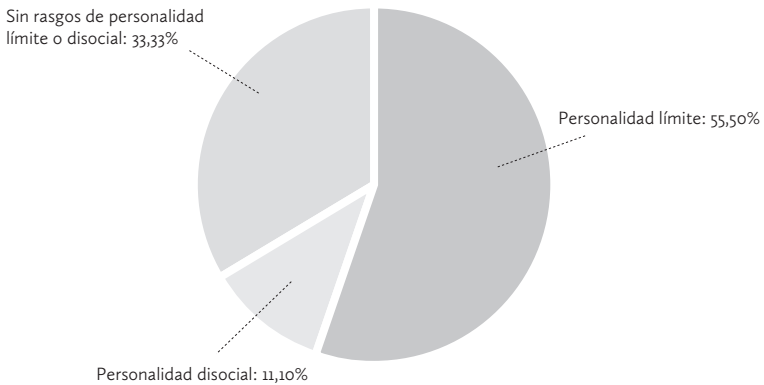
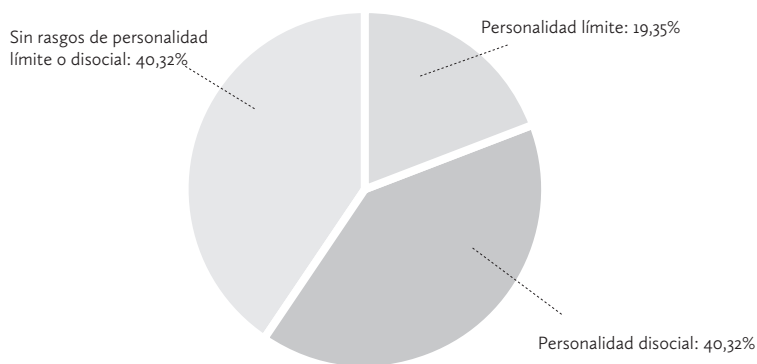


Gráfico 3. Pacientes varones de Consultorios Externos



Conclusiones

La falta de un estudio específico de patologías recurrentes en la población atendida en nuestro hospital representa un faltante relevante a la hora de proyectar estrategias de atención.

Del mismo modo, la confusión del espectro de personalidades disfuncionales genera que no pocas veces se intervenga de un mismo modo con personalidades que requieren una atención específica y cuidada, para el efectivo tratamiento en salud mental de un paciente.

En relación con la personalidad y el uso problemático de sustancias, las explicaciones conocidas hasta la fecha presentan varias dificultades, ya que en muchas ocasiones se relaciona el uso de sustancias con el modo de manifestarse de una personalidad problemática, como así también se ha relevado la información de que las sustancias modularían rasgos de personalidad desadaptativos (Pedrero, 2003; Duran y Becoña, 2006).

Los estudios hasta la fecha concluyen que los llamados «trastornos de personalidad» más frecuentes entre consumidores de sustancias

son, primeramente, los trastornos que en el *DSM IV* pertenecen al *cluster B* (específicamente el límite y el antisocial) (Skinstad y Swain, 2001 y San, 2004). La hipótesis planteada por estos autores es que las sustancias vehiculizan la desinhibición del comportamiento para los trastornos antisocial y límite; y para reducir el estrés en el trastorno límite.

Cabe mencionar, asimismo, que la existencia de personalidad patológica es un presagio de abandono de tratamiento, por lo que se intensifica la necesidad de conocer los rasgos de personalidad desadaptativa que se hace mención en la siguiente investigación, dada la asociación entre personalidad y mayor y más temprana probabilidad de abandono de tratamiento.

Por último, se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

En este estudio se ha comenzado a observar la alta prevalencia de rasgos de personalidad entre los pacientes con uso problemático de sustancias en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Los resultados obtenidos indican que el 55% de las mujeres (es decir, 1 de cada 2 pacientes tratadas) muestra al menos rasgos de personalidad *borderline*. Además, en más del 40% de los varones de Consultorios Externos se encuentran rasgos asociados al mismo espectro de personalidad.

De los casos estudiados en Consultorios Externos se observa la presencia de rasgos de personalidad disocial (40,32% en los varones y un significativo menor porcentaje en las mujeres).

Desde una perspectiva más concreta, es más frecuente encontrar rasgos de personalidad patológica que no encontrarlos (80,64% en los varones y 66,6% en las mujeres). Se trata de un conjunto significativamente importante que clínicamente constituye un desafío a la hora de atender la población del hospital.

En cualquier caso, la cifra tan elevada de personalidad patológica que se ha encontrado es llamativa, ya que está asociada con el abandono terapéutico, y por tanto, con el fracaso en los tratamientos.

A pesar de ello, los resultados encontrados en este trabajo reafirman la necesidad de contar con diagnósticos precisos, tanto para la práctica clínica con cada paciente, como para orientar las vías de intervención en los diferentes servicios.

Por último, la existencia de un efecto de interacción entre los rasgos de personalidad y el género de los sujetos en el uso problemático de sustancias pone de relieve nuevamente diferencias, puesto que el objeto droga modularía caracterizaciones propias de rasgos de personalidad estudiados en cada género.

En la personalidad, que suele forjarse de forma generalizada en la adolescencia, influyen varios factores psicológicos y de personalidad específica, entre los que destacan la búsqueda de sensaciones y la impulsividad, además de la conducta disocial. En este caso, el objetivo principal es determinar la influencia porcentual de los rasgos mencionados en el uso problemático de sustancias, no como fundamento de la conducta sino como variable a problematizar dentro de otras de igual o mayor relevancia a la hora de diagnosticar a nuestros pacientes.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Ginebra.
- American Psychiatric Association (2001). *DSM IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 26.934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP). *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo de 2014.

- Millon, T. (1998). *Trastornos de personalidad. Más allá del DSM IV*. Barcelona: Editorial Masson.
- First, M. et al. (1997). *SCID-II. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje II del DSM IV*. Barcelona: Editorial Masson.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Área de Prevención (2007). *Orientaciones generales para la detección precoz del consumo de drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Chile.
- Pedrero, E. J. (2003). «Los trastornos de personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores». *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, vol. 15, n° 3.
- López Durán, A. y Becoña Iglesias, E. (2006). «Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento». *Psicothema*, vol. 18, n° 3.

Acerca de los autores

Leonardo Ghioldi es médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal por la Universidad de Buenos Aires. Supervisor interdisciplinario del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becario 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de ese hospital. Médico forense de la Justicia Nacional. Docente de la Universidad de Buenos Aires, de la Universidad Nacional de Tucumán y de la Universidad Nacional de San Luis. Subdirector de la carrera especialista en Psiquiatría de la UBA.

Ignacio Peleretegui es licenciado en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Psicología Clínica y Terapia Cognitiva. Psicólogo del Servicio Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex

CeNaReSo), becario 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de ese hospital y miembro del equipo docente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de la misma institución.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO DE SALUD PERCIBIDOS POR PERSONAS EN TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL SERVICIO DE CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL NACIONAL EN RED (ex CeNaReSo)

Ana C. Bruno y Natalia Lorea

Resumen: el presente trabajo se propone evaluar la calidad de vida y el estado de salud percibidos por pacientes que presentan consumo problemático de sustancias psicoactivas y que sostienen tratamiento en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Sostenemos que el consumo problemático de sustancias genera un impacto negativo en la calidad de vida de las personas. Algunos individuos pueden iniciar el consumo de sustancias como búsqueda de un «alivio» a una vida percibida como de mala calidad, en la cual presentan condiciones de vulnerabilidad social y/o familiar. No obstante el uso de sustancias impacta negativamente en la salud psicofísica de estas personas, aspecto que forma parte de la calidad de vida.

Estudiar la percepción de los pacientes respecto de estas variables permitirá fomentar abordajes vinculados a mejorar su calidad de vida, con la intención de favorecer su recuperación y promover la salud integral y un mejor desarrollo social.

Se aplicarán dos cuestionarios autoadministrados: el Cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short form, Q-LES-Q-SF) para la medición de calidad de vida, y el cuestionario SF 36 para la medición del estado de salud. Asimismo, se tomará una entrevista semiestructurada con el objetivo de recabar datos sociodemográficos y captar la percepción de la calidad de vida y el estado de

salud de los pacientes, a los fines de dar cuenta del impacto subjetivo del consumo de sustancias y su relación con la percepción de las mencionadas variables, de la población que está en tratamiento en el servicio.

Palabras clave: calidad de vida-salud-consumo problemático de sustancias psicoactivas

Avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde percebidos por pessoas em tratamento por consumo de substâncias psicoativas no serviço de consultórios externos do Hospital Nacional em Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)

Resumo: o presente trabalho se propõe avaliar a qualidade de vida e o estado de saúde percebidos por pacientes que apresentam consumo problemático de substâncias psicoativas e que mantêm um tratamento no Serviço Consultórios Externos do Hospital Nacional em Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Sustentamos que o consumo problemático de substâncias gera um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas. Alguns indivíduos podem iniciar o consumo de substâncias como procura de «alívio» para uma vida percebida como sendo de má qualidade, na qual se apresentam condições de vulnerabilidade social e/ou familiar. Não obstante, o uso de substâncias impacta negativamente na saúde psicofísica dessas pessoas, aspecto que forma parte da qualidade de vida.

Estudar a percepção dos pacientes em relação a essas variáveis permitirá fomentar abordagens vinculadas a melhorar a qualidade de vida dos mesmos, com a intenção de favorecer sua recuperação e promover a saúde integral e um melhor desenvolvimento social.

Aplicar-se-ão dois questionários auto-administrados; o Questionário sobre Qualidade de Vida: Satisfação e Prazer (*Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form, Q-LES-Q-SF*) para a medição da qualidade de vida e o questionário SF 36 para a medição do estado de saúde. Além disso, será feita uma entrevista semiestruturada com o objetivo de obter dados so-

ciodemográficos e captar a percepção da qualidade de vida e o estado de saúde dos pacientes a fim de se constatar o impacto subjetivo do consumo de substâncias e sua relação com a percepção das variáveis mencionadas, da população que está em tratamento no serviço.

Palavras-chave: qualidade de vida-saúde-consumo problemático de substâncias psicoativas

Introducción

El interés del presente trabajo es contribuir con el conocimiento de los aspectos ligados a la calidad de vida y la salud de pacientes con consumo problemático de sustancias y que se encuentran en tratamiento en el Servicio de Consultorios Externos de este hospital, a los fines de fomentar abordajes vinculados a mejorar su calidad de vida, con la intención de favorecer su recuperación y promover la salud integral y un mejor desarrollo social.

Se define como «consumo problemático de sustancias psicoactivas» al abuso, dependencia y todo consumo de sustancias que afecta negativamente la vida de una persona impactando en el área social, familiar, de salud, personal y/o laboral o escolar. En consecuencia se genera un impacto en la calidad de vida de las personas con consumo problemático de sustancias.

A partir de la experiencia de trabajo en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), hemos observado que un factor de vulnerabilidad a ciertas sustancias psicoactivas es el género. Las mujeres en general presentan una menor capacidad para metabolizar el etanol. Desde el punto de vista epidemiológico observamos que los hombres ocupan el primer lugar en el consumo de alcohol y de otras drogas. No obstante, no pueden descartarse factores

de índole cultural. Por otro lado, la adolescencia es una edad de riesgo para el inicio del consumo problemático, esto se debe a que es un periodo vital vulnerable y especialmente sensible en el aspecto emocional; el grupo de pares ejerce una importante influencia, ya que se observa que en los pacientes que tienen un entorno consumidor es más probable que ellos también consuman. Algunos adolescentes inician el consumo para «escapar» de los problemas en su familia, en la escuela o con los amigos.

Además se observa que los pacientes en tratamiento han utilizado las drogas para aliviar determinados síntomas, como ansiedad, tristeza e insomnio, o para mitigar determinados estados de la personalidad, como una baja autoestima, timidez, la presencia de impulsos agresivos o un estado de abulia. En los pacientes que llevan un consumo prolongado de sustancias psicoactivas observamos una falta de conciencia del déficit, dado que niegan o no son conscientes del problema que presentan, y sus elecciones tienden a obtener una recompensa inmediata ignorando las consecuencias futuras. Esto les genera problemas de lazos sociales, de salud, conductas sexuales que los exponen al riesgo, conducción de vehículos en forma riesgosa y fracasos en los tratamientos por falta de motivación.

La variable *calidad de vida* puede utilizarse como un buen indicador de los resultados de intervenciones terapéuticas en drogodependencias. La Organización Mundial de la Salud define «calidad de vida» como «la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses». Si bien la calidad de vida es subjetiva, puede medirse de diversas formas a modo de objetivar ciertas cuestiones que se tienen en cuenta al momento de determinarla. Para esto se considera que deberán tenerse en cuenta, al menos, los dominios físico, psicológico y social (Katschnig, Freeman y Sartorius, 2000; Wiessma, 2000; Morales-Manrique *et al.*, 2006). La

dimensión física puede definirse como la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos de un tratamiento. La dimensión psicológica es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. La dimensión social es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales, los roles sociales en la vida, la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Dentro de los objetivos específicos, nos proponemos examinar la relación entre el estado de salud y las diferencias de género y edad de la población; valorar las diferencias que existen en la calidad de vida y en el estado de salud percibido según la etapa de tratamiento en la que los pacientes se encuentran; identificar la frecuencia de aparición de problemas físicos y/o emocionales y su relación con el desempeño social de los pacientes; identificar la frecuencia de estados de tristeza y desánimo; correlacionar el tiempo de consumo y la sustancia principal con la calidad de vida, y por último conocer la percepción de la calidad de vida y el estado de salud de la población objeto de esta investigación.

Materiales y métodos

Esta investigación se apoya en una metodología cuali-cuantitativa, con diseño descriptivo y de corte transversal.

El ámbito de estudio es el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), lugar al que los pacientes asisten para realizar su tratamiento multidisciplinario, que incluye asistencia

social, psicológica y psiquiátrica, de forma ambulatoria con una frecuencia semanal.

Hemos definido como unidad de análisis a los pacientes entre 16 y 65 años de ambos sexos que tienen consumo problemático de sustancias psicoactivas y concurren al hospital para realizar su tratamiento.

Los criterios de exclusión son: no participarán los pacientes que no den su consentimiento informado para la realización de los cuestionarios.

Al ser un estudio cuali-cuantitativo, la estrategia para recoger información consta de dos instancias: por un lado la aplicación de dos cuestionarios autoadministrables, de calidad de vida Q-LES y de calidad de salud SF-36 en su versión en español, y por el otro, la aplicación de una entrevista semiestructurada, a los fines de valorar la percepción subjetiva de la calidad de vida.

EIQ-LES-Q-SF es un cuestionario que se autoadministra. Consta de dieciséis ítems. Evalúa el disfrute y la satisfacción, el estado de salud física, el estado de ánimo, el trabajo, las actividades del hogar y el tiempo libre, las relaciones sociales y familiares, el funcionamiento diario, la vida sexual, la situación económica, el bienestar general y la medicación en general. Las respuestas se califican en una escala de cinco puntos que oscilan entre «nada o nunca» y «frecuentemente o todo el tiempo», donde las puntuaciones más altas indican buena calidad de vida y las más bajas mala calidad de vida. Se demostró que los parámetros de respuestas de Q-LES-Q-SF indican que la escala es 80% sensible y 100% específica, por lo que genera evaluaciones clínicas confiables y válidas de calidad de vida.

El cuestionario SF-36 cubre ocho escalas que representan los conceptos de «salud» empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Los treinta y seis ítems del cuestionario cubren las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Se puntúa de cero a cien; esta puntuación ha sido ampliamente utilizada y goza de popularidad por la traducción directa de su máximo y mínimo al mejor y el peor de los estados de salud posibles.

Ambos cuestionarios fueron adaptados a las particularidades culturales de la población bajo estudio.

Además de las escalas de referencia, se realizará a una parte de la población total en tratamiento en el servicio, una entrevista semiestructurada a los fines de dar cuenta del impacto subjetivo del consumo de sustancias y su relación con la percepción de la calidad de vida y del estado de salud de la población que está en tratamiento. Algunas variables a considerar en el diseño del instrumento son: impacto del consumo en relación con lazos sociales, proyectos vitales, calidad de vida psicofísica, entre otras. Se adjuntará al cuestionario un anexo a los fines de relevar algunos datos socioeconómicos, sociodemográficos y toxicológicos, como por ejemplo: edad, sexo, lugar de residencia, ocupación, tratamientos previos, drogas que consume actualmente, edad de inicio, etc.

Resultados preliminares

Se realizaron las encuestas del presente trabajo de investigación a cincuenta pacientes del Servicio de Consultorios Externos. Sólo diez pacientes no han podido completar aún los tres cuestionarios, uno de los cuales abandonó el tratamiento. Más del 50% de las encuestas fueron completadas por pacientes de sexo masculino.

Los datos se recolectaron de la realización de las encuestas y las entrevistas a los pacientes. El 55% de las personas iniciaron el consumo de sustancias psicoactivas antes de los 18 años de edad. El 72% de los pacientes encuestados habían realizado tratamientos previos, en este hospital o en otras instituciones, y bajo diferentes modalidades (ambulato-

rio, Hospital de Día, internaciones, comunidad terapéutica). En relación con las sustancias de inicio de consumo, el alcohol y la marihuana fueron las de mayor relevancia, seguidas por cocaína y pasta base de cocaína. Asimismo se desprende que el policonsumo aparece, en general, seguido a la iniciación en el consumo de sustancias con una sola droga.

Los pacientes marcan como desencadenantes del inicio del consumo «la curiosidad», y relatan la importancia que conforma muchas veces el entorno social en el que se encuentran y la necesidad de «pertenecer». Dos pacientes marcaron como sustancia principal de consumo la pasta base de cocaína. Sólo uno de los pacientes encuestados hasta el momento se encuentra o se ha encontrado en situación de calle.

En relación con la calidad de vida, el 36% considera que se siente insatisfecho con su trabajo, relaciones y condiciones de vida (vivienda y personas convivientes). Por otro lado, se sienten satisfechos o muy satisfechos en relación con la capacidad para desplazarse sin dificultades. Para el 68% de los pacientes encuestados hasta el momento, las cuestiones físicas no representan un impedimento importante en su vida cotidiana. A diferencia de lo que ocurre con la vivienda, el entorno o la situación laboral.

En relación con la salud en general, los datos más relevantes son que sólo dos pacientes consideran que su salud es excelente, seis que su salud es muy buena y sólo dos que es mala. El 49% considera que su salud es buena. Sólo cinco se sienten muy limitados para realizar esfuerzos moderados, el 64% de los pacientes no se sienten limitados para realizar esfuerzos moderados, cuatro pacientes indicaron que siempre se sintieron desanimados y tristes durante las últimas cuatro semanas y sólo uno refiere que casi siempre se sintió desanimado y triste. El 41% algunas veces se sintió desanimado y triste. Y sólo uno nunca se sintió desanimado ni triste en las últimas cuatro semanas. Más del 90% de los encuestados consideran que la afirmación «su salud es excelente» es totalmente falsa.

Bibliografía

- Alonso, J.; Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). «La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos». *Medicina Clínica*, vol. 104, n° 20, pp. 771-776.
- Bobes, J; Cervera, S. (1996). *Psiquiatría: calidad de vida y calidad de asistencia*. Barcelona: Ed. Menarini.
- Chen, C.-Y. y Storr, C. L. (2006). «Alcohol Use and Health-Related Quality of Life among Youth in Taiwan». *Journal of Adolescent Health*, vol. 39, n.° 5, pp. 752.e9-752.e16.
- Fernández, M. (1999). «Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona». *Revista Adicciones*, vol. 11, n.° 1, pp. 43-52.
- Iraurgi Castillo, I. (2002). «Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en toxicomanías». En Iraurgi Castillo, I. y González, F. (eds.). *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Barcelona: Aula Médica, pp. 481-511.
- Iraurgi Castillo, I. (2007). «Comparación del instrumento de salud SF-12 frente al SF-36 en pacientes en mantenimiento con metadona». *Revista Adicciones*, vol. 19, n.° 1, pp. 59-67.
- Katschnig, H.; Freeman, H. y Sartorius, N. (2000). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Kokkevi, A; Hartgers, C. (1995). «EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence». *European Addiction Research*, vol. 1, pp. 208-210.
- Ley N.° 26.934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP). *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo de 2014.

- Lorenzo Fernández, P.; Ladero, J. M.; Leza, J. C. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias; farmacología, patología, psicología, legislación*. Buenos Aires/Madrid: Médica Panamericana.
- Martínez González, J. *et al.* (2010). «La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la personalidad: relación con el ajuste psicológico y *craving*» (en línea). *Psicothema*, vol. 22, n° 4, pp. 562-567. Recuperado el 28/6/2015 de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3767>.
- Morales-Manrique, C.; Castellano-Gómez, J. C. y Valderrama, R. (2006). «Medición de la calidad de vida e importancia de la atención a las necesidades autopercibidas en pacientes drogodependientes». *Trastornos Adictivos*, vol. 8, n° 4, pp. 212-221.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Romero Mendoza, M.; Medina Mora, M. y Rodríguez Ajenjo, C. (eds.). (2011). *Mujeres y adicciones* (en línea). México: CENADIC. Recuperado el 28/6/2015 de http://www.academia.edu/3629796/Mujeres_y_Adicciones_Libro_.
- Skevington, S.; Sartorius, N.; Amir, M. y THE WHOQOL Group (2004). «Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 39, n° 1, pp. 1-8.
- Stevanovic, D. (2011). «Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-short form for quality of life assessments in clinical practice: a psychometric study». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 18, n° 8, pp. 744-750.
- Vilagut, G. (2005). «El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos». *Gaceta Sanitaria*, vol. 19, n° 2, pp. 135-50.

- Ware, J. E.; Gandek, B. (1994). «The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project». *International Journal of Mental Health*, vol. 23, n° 2, pp. 49-73.
- Wiessma, D. (2000). «Desempeño del rol como componente de la calidad de vida de los trastornos mentales». En Katschnig, H.; Freeman, H. y Sartorius, N., *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, pp. 43-52.
- World Health Organization (1989). *WHO Division of Mental Health*. Ginebra.

Acerca de las autoras

Ana C. Bruno es médica especialista en Psiquiatría. Psiquiatra del Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becaria 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotel» de ese hospital. Jefe de trabajos prácticos de la Universidad de Buenos Aires, Unidad Docente Hospitalaria del Hospital Fernández. Directora del curso superior de Psiquiatría de enlace en la Asociación Neuropsiquiátrica Argentina.

Natalia Lorea es médica especialista en Psiquiatría por la Universidad de Buenos Aires. Médica de planta del Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becaria 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotel» de esa institución.

FACTORES DE CONTEXTO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Un estudio exploratorio-descriptivo

María Lorena Battán Carabajal, Alejandra Bossi y Carlos A. Morales

Resumen: el presente trabajo se propone correlacionar el contexto social, cultural y económico con las modalidades que asume el consumo problemático de sustancias psicoactivas en dos grupos de población adulta, uno que reside en la ciudad de Santiago del Estero y otro que reside en la Ciudad de Buenos Aires.

Se entiende que existen diversas formas de significar y usar las sustancias y que esta evidencia debe formar parte de la definición de estrategias de atención clínica y territorial. En tal sentido se sitúa no sólo la relevancia que adquiere el contexto social, cultural y económico en las modalidades de presentación del consumo de sustancias psicoactivas, sino también el papel de las dinámicas culturales en la heterogeneidad de formas y sentidos asociados al consumo.

La investigación prioriza una estrategia metodológica cuanti-cualitativa, con diseño exploratorio-descriptivo, de tipo comparativo. La población bajo estudio son hombres y mujeres entre los 18 y los 60 años que realizan tratamiento ambulatorio en el Programa de Prevención de la Drogodependencia y el Alcoholismo de Santiago del Estero y en el Servicio de Centro de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Los instrumentos de recolección de datos son: una encuesta que se focaliza en las dimensiones sociodemográficas y socioeconómicas de la población y una entrevista abierta para captar las representaciones y sentidos asociados al consumo.

Los datos relevados al momento indican diferencias significativas entre ambas poblaciones, tanto en lo referente a la situación social, familiar y cultural como al tipo, modalidad y sentido asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Palabras clave: sustancias psicoactivas-contexto sociocultural-subjetividad

Fatores de contexto e consumo de substâncias psicoativas: um estudo exploratório-descritivo

Resumo: o presente trabalho se propõe correlacionar o contexto social, cultural e econômico com as modalidades adquiridas pelo consumo problemático de substâncias psicoativas em dois grupos de população adulta, um deles que reside na cidade de Santiago Del Estero e outro, na cidade de Buenos Aires.

Entendemos que existem diversas formas de significar e usar as substâncias e que esta evidência deve formar parte da definição das estratégias de atenção clínica e territorial. Neste sentido se situa não somente a relevância adquirida pelo contexto social, cultural e econômico nas modalidades de apresentação da demanda de consumo de substâncias psicoativas, como também o papel desempenhado pelas dinâmicas culturais na heterogeneidade de formas e sentidos associados ao consumo.

A pesquisa prioriza uma estratégia metodológica quanti-qualitativa, com desenho exploratório-descritivo, de tipo comparativo. A população estudada são homens e mulheres entre 18 e 60 anos que realizam tratamento ambulatório no Programa de Prevenção de Toxicodependência e Alcoolismo de Santiago del Estero e no Serviço do Centro de Dia do Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Os instrumentos de coleta de dados são: um questionário que focaliza as dimensões sociodemográficas e socioeconômicas da população e uma entrevista aberta para captar as representações e sentidos associados ao consumo.

Os dados levantados até o momento indicam diferenças significativas entre ambas as populações, tanto no que se refere à situação social, familiar e

cultural, quanto ao tipo, modalidade e sentido associado ao consumo de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: substâncias psicoativas-contexto sociocultural-subjetividade

Introducción

Los factores de contexto y consumo de sustancias psicoactivas son variables fundamentales a la hora de tomar en cuenta el padecimiento subjetivo. Es decir, conocer la trama social, las representaciones sociales cristalizadas en sus discursos y en la forma de acceso al sistema de salud.

Acorde con lo que plantea Carballada (2009), la sociedad entera atraviesa desde hace varias décadas diferentes acontecimientos que producen incertidumbre, desencanto, pero por sobre todas las cosas: nuevas formas de padecimiento subjetivo. El lento proceso de transformación produce en los sujetos pérdida de derechos sociales, civiles y de autonomía. De esta manera el escenario actual pone de manifiesto la necesidad de repensar las prácticas en el campo de la salud mental. Es en este escenario en el cual se presenta la población que acude a las instituciones de salud debido al consumo de sustancias psicoactivas, lo que obliga a repensar las estrategias de tratamiento, sin jamás dejar de tomar en cuenta que el contexto del sujeto se vuelve texto en su discurso.

Es necesario considerar el consumo problemático de drogas como fenómeno que se inicia con la consolidación del sistema capitalista, en su etapa de sociedad de consumo, a partir del fomento de la demanda de consumo de objetos. A raíz de lo cual ocurre el pasaje de una sociedad de productores a una sociedad de consumidores (Bauman, 2007). Por lo que se puede pensar que la subjetividad adictiva es producto de una subjetividad de consumo (Lewkowicz, 1999).

Freud, en su texto «El malestar en la cultura» (1929), señalaba que la vida, como nos es impuesta, resulta intolerable y para soportarla necesitamos de calmantes que pueden ser de tres clases: poderosas distracciones, que hacen valuar en poco la miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reducen, y sustancias embriagadoras, que vuelven a los sujetos insensibles a ella. Le Poulichet (1990) lo explica mediante la operación del *fármakon*, donde el tóxico configura una suerte de remedio, recurso, respuesta o solución mediante una operatoria de supresión tóxica del dolor (por lo tanto se habla de toxicomanías). Un modo de resolver el malestar inherente a lo cotidiano de la vida.

A partir de lo anteriormente expuesto se formula como objetivo general del trabajo de investigación analizar el grado de articulación entre el contexto sociocultural y las características que adquiere el consumo de sustancias psicoactivas en dos grupos de población adulta, uno que reside en la ciudad de Santiago del Estero y otro que reside en la Ciudad de Buenos Aires.

Objetivos específicos

- › Caracterizar las diferencias sociales, culturales y económicas de la ciudad de Santiago del Estero y de la Ciudad de Buenos Aires.
- › Caracterizar el perfil sociodemográfico y socioeconómico de ambos grupos poblacionales.
- › Conocer y analizar las representaciones sociales ligadas a la situación de consumo.
- › Describir los motivos de consulta de la población bajo estudio. Identificar diferencias entre los sentidos asociados al consumo y su relación con el contexto sociocultural de los grupos.
- › Identificar las sustancias psicoactivas de consumo predominante en ambos grupos y correlacionar esta información con la disponibilidad de sustancias.

Hipótesis

La incorporación de variables vinculadas al contexto social, cultural y económico de la población en tratamiento constituye un factor relevante para la comprensión y caracterización de los problemas en salud mental.

Material y métodos

En cuanto a la estrategia metodológica, el proyecto es cuanti-cualitativo, con un diseño exploratorio-descriptivo, y de carácter comparativo. El desarrollo del trabajo de campo constará de la aplicación de dos instrumentos: una encuesta que releve los aspectos sociodemográficos y socioeconómicos de ambas poblaciones y una entrevista semidirigida que nos permita captar la relación entre las formas de significar las drogas y el contexto social, económico y cultural de ambos grupos poblacionales.

La unidad de análisis es cada hombre y mujer entre 18 y 60 años que se encuentre en tratamiento ambulatorio en los servicios mencionados.

El criterio de exclusión son todos aquellos que no den su consentimiento para ser entrevistados.

En la encuesta se relevan datos sobre las dimensiones sociodemográficas y socioeconómicas.

En las entrevistas semidirigidas se incluyen las siguientes variables:

- › Circunstancias de uso de las sustancias
- › Formas habituales de consumo: ritos/modalidades
- › Representaciones sociales vinculadas al consumo
- › Sentidos asociados: función de la sustancia

Resultados preliminares

Con respecto a las tareas realizadas a la fecha, éstas constaron en aplicar las técnicas de recolección de datos mencionadas. A saber: en un primer momento, encuestas anónimas a pacientes voluntarios en el dispositivo de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red (ex Ce-NaReSo), de la Ciudad de Buenos Aires, y en el Programa Provincial de Drogodependencia y Alcoholismo de la ciudad capital de Santiago del Estero. En un segundo momento se aplicaron entrevistas semidirigidas a parte de la muestra.

Los resultados que a continuación se detallan corresponden a la fecha, a una muestra total de setenta y dos pacientes, de los cuales treinta y cinco forman parte de la muestra del dispositivo Hospital de Día en CABA y treinta y siete pacientes, del dispositivo ambulatorio del Programa Provincial de la ciudad de Santiago del Estero.

De los datos obtenidos en ambos dispositivos de tratamiento la población masculina es la mayoritaria (89%); también un alto porcentaje (93,10% de la muestra recolectada en CABA, 92,5% de la muestra de la ciudad de Santiago del Estero) presenta escolaridad incompleta.

Ahora bien, de los primeros datos que se obtuvieron de la muestra procedente de Santiago del Estero, se puede estimar que en su mayoría, la población encuestada vive con familiares (padres, abuelos, etc.) y recibe de ellos ayuda económica. También refieren nunca haber estado en situación de calle, fuera de los momentos de consumo durante varios días de «estar de gira». Ya que sus redes de apoyo aún se encuentran conformadas por el grupo primario, que brinda contención.

De la muestra obtenida a partir de la recolección de datos en CABA, un gran porcentaje de la muestra acusó haber permanecido en situación de calle y pernoctar en albergues garantizados por el Estado. Lo cual manifiesta un mayor grado de vulneración social. Muchos de los pacientes encuestados que actualmente se encuentran

viviendo en hogar, hotel o duermen en paradores refieren haber estado viviendo en algún momento de su vida en situación de calle y/o pasillo. Algunos pacientes refieren como persona significativa y de apoyo a profesionales de su equipo tratante, ya que no cuentan con familiar o amigos en el marco del tratamiento. Algunos dicen: «Mi familia no me acepta...», «... estoy solo en esto (el tratamiento)...», «bardeé mucho [...] ya cansé a todos...».

Por otra parte, el 76,5% de los pacientes que asisten a Hospital de Día de CABA se encuentra sin empleo, el 24% realiza changas¹ y el 3,44% restante tiene trabajo estable. También el 27,58% cobra una pensión, el 17,24% un subsidio y el 27,58% recibe ayuda de algún familiar o pareja. Lo cual se relaciona con datos acerca de las condiciones habitacionales, ya que el 37,93% vive en casa de/con familiares, el 58,62% vive en hotel u hogar y el 3,44% duerme actualmente en parador.

Con respecto a datos socioeconómicos de la población de Santiago del Estero, el 72% de la muestra está sin empleo actualmente, el 20,4% realiza changas y el 3,1% tiene trabajo estable. Del total de la muestra el 82,14% recibe ayuda de familiar o de pareja. Lo cual se relaciona con los datos acerca de las condiciones habitacionales, ya que el 97,3% vive en casa de/con familiares, el 1,3% alquila y el 1,2% vive en casa de amigos.

Adentrándonos en datos sobre el consumo de sustancias psicoactivas en ambas poblaciones, se observa que el 98,5% de los pacientes encuestados que acuden al Hospital de Día de CABA refiere como motivo de consulta el consumo de sustancias psicoactivas y 1,5%, otros (enfermedad mental, situación habitacional, etc.).

En la ciudad de Santiago del Estero los datos que se obtuvieron son: el 99% de los pacientes encuestados que acuden al Programa

¹ Tareas varias, de carácter informal y discontinuo.

Provincial de Drogodependencia y Alcoholismo refiere como motivo de consulta el consumo de sustancias psicoactivas.

Como parte de la comparación entre ambas muestras, casi la totalidad de los sujetos que viven en CABA tuvieron numerosos tratamientos anteriores por consumo de sustancias psicoactivas en diversas modalidades, de manera ambulatoria y en internación, debido a un progresivo deterioro de las áreas vitales, como el trabajo, la familia, las amistades. En los pacientes de Santiago del Estero muchos de los consultados y entrevistados no acusaron tratamientos previos, ya que pareciera que el consumo no produjo gran deterioro en los diversos planos expuestos, siendo una de las sustancias de mayor consumo la marihuana.

Al pensar desde el psicoanálisis se sabe que no existe el universal «el drogadicto», sino el goce particular de cada sujeto. Los tóxicos pueden estar en las diferentes estructuras y tener una función diversa, no sólo en ellas, sino en cada sujeto en particular. De este modo podemos explicar la existencia de una variedad de relaciones de sujetos con diversas drogas. También la época y el contexto influyen en los modos actuales de gozar.

En la población de Santiago del Estero la droga de inicio es el alcohol y la edad de inicio promedio es de 16 años. El consumo de alcohol es un rito de pasaje a la adultez, ya que se realiza con amigos, algunos iniciadores más grandes y tiene significación de «... ser más vivo...», «... mis amigos me decían “hacete hombre”...», «... ahora vas a saber lo que es la joda...». «Quería estar con los changos [...] si no tomaba quedaba como maricón...», «... en mi casa siempre se ha tomado vino y un día mi papá me dice “tomá (un vaso de vino) que ya sos grande”...». «Empecé tomando [alcohol] cuando iba con mi familia a la fiesta de Mailin [fiesta religiosa] [...] estaba mal si no tomaba en honor al santo...».

El consumo de alcohol se presenta de un modo más profundo que una adicción o un consumo problemático. Está ligado a costumbres culturales en relación con el ser y con la subjetividad.

El consumo de psicofármacos está relacionado con la evasión de la vida cotidiana, o un modo de sortear el aburrimiento. Pero también con un modo de pertenencia e integración a un grupo de pares: «... los changos fumaban [...] yo quería ser amigo de ellos...», «... comencé a tomar pastillas los fines de semana, nos juntábamos todos en el parque, en el río, y de ahí salíamos a bailar...».

En la mayoría de los encuestados el consumo generalmente se da en situaciones grupales, con amigos. Según Recalcati (2003) esta modalidad de agrupamiento deja de lado lo particular del sujeto, que más bien se anula mediante la asociación en un vínculo con iguales, entre sujetos que se reconocen homogéneos a partir del rasgo que los identifica y que tienden a excluir la diferencia. La función social del consumo tiende a hundir, empantanar al sujeto mismo en el Otro en lugar de dejar que surja en su singularidad.

Continuando con el análisis, observamos que un gran porcentaje de los encuestados sólo consume marihuana y concurre a tratamiento por pedido de la familia. La edad promedio de los que se encuentran realizando tratamiento es de 23 años.

En Buenos Aires la sustancia de inicio es la marihuana y la edad de inicio promedio es de 15,6 años. El consumo de mayor impacto sería la pasta base de cocaína. Al consumo de marihuana no lo consideran como un consumo problemático. Y la población encuestada consume en su mayoría solos, algunas veces con otros. La edad promedio de los que se encuentran realizando tratamiento es de 35 años.

En la gran ciudad se escucha muy seguido la función del tóxico para «soportar el día a día...», «... me levanta...», «... me ayuda a estar arriba...». El tóxico, así, sería un recurso que facilita arreglárselas con las tensiones de la vida. También asocian la sustancia con la sensación de poder, en su función de potenciadora, ya que la operatoria del *fármakon* puede atemperar todo resquicio de castración. «Cuando me doy con merca puedo hacer todo...», y es el medio para aislarse,

evadirse de la realidad, de los problemas: «... me alivia la cabeza...», «... me ayuda a no pensar...». En algunos sujetos de la muestra el alcohol ejerce una supresión tóxica del dolor, de la culpa; en otros, un medio para desinhibirse.

También se puso de manifiesto en algunos entrevistados que la sustancia es usada a modo de suplir un déficit simbólico: «... siento un vacío que no sé con qué llenar. Sé que la droga no lo va a llenar, pero me calma...».

Algo que se presenta en ambos grupos es la identificación con el «ser adicto» como único o más significativo rasgo que los represente. Esto se relaciona con el motivo de consulta que ambas muestras indican.

Tabla comparativa de datos

De la población total encuestada hasta la fecha: 89% son varones, 10,34% son mujeres.

Variables	Buenos Aires	Santiago del Estero
Nacionalidad	93,10% son argentinos 6,8% son extranjeros	100% argentinos
Actividad rentada	24% realiza changas 3,44% tiene trabajo estable 72% está sin empleo	20,4% realiza changas 3,1% tiene trabajo estable 76,5% está sin empleo
Otros ingresos económicos	27,58% pensión 17,24% subsidio 27,58% recibe ayuda de familiar o pareja 20,68% tiene pensión en trámite	82,14% recibe ayuda de familiar o pareja

Situación habitacional	37,93% vive en casa de/con familiares 58,62% vive en hotel u hogar 3,44% duerme actualmente en parador	97,3% vive en casa de/con familiares 1,3% alquila 1,2% vive en casa de amigos
Escolaridad	93,10% incompleta 6,19% completa	92,5% incompleta 7,5% completa
Motivo de consulta	98,5% refiere consumo de sustancias psicoactivas 1,5% otros (enf. mental, situación habitacional, etc.)	99% refiere consumo de sustancias psicoactivas 1% otros
Sustancia de mayor consumo	Pasta base de cocaína	Benzodiacepinas-marihuana
Tratamientos previos	79,3% realizó múltiples tratamientos previos	95,7% no realizó tratamientos previos
Droga de inicio	Marihuana	Alcohol

Bibliografía

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Antonietti, M. (2008). *El tóxico en los márgenes del psicoanálisis*. Buenos Aires: Lazos.
- Bauman, Z. (2007). *Vida de consumo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Becerra, R. M. (1999). *Trabajo Social en drogadicción*. Buenos Aires: Humanitas.

- Blanco, P. (2013). *El estudio de las adicciones sociales*. Universidad de Huelva, España.
- Botero Gómez, P. (2008). *Representaciones y ciencias sociales: una perspectiva epistemológica y metodológica*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Carballeda, A. (1991). *La farmacodependencia en América Latina, su abordaje desde la atención primaria de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Carballeda, A. (2006). «Intervención en espacios microsociales: una mirada a algunos aspectos contextuales y metodológicos». *Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, n° 43.
- Carballeda, A. et al. (2008). *Drogadicción y sociedad*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Carballeda, A. et al. (2009). *Trabajo social y padecimiento subjetivo*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Carrillo, R. (1974). *Contribución al conocimiento sanitario*. Buenos Aires: Eudeba.
- Carrillo, R. (2012). *Teoría del Hospital*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional.
- Ehrenberg, A. (1991). *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Escohotado, A. (1994). *Las drogas, de los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza.
- Escohotado, A. (1995). *Aprendiendo de las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Floreale Ferrara, A. (1987). *Teoría Social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Freud, S. (1927-1931). «El malestar en la cultura». En *Obras Completas*, vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Garrido, F. (1999). «La droga como figura contemporánea del mal». *Revista Gazeta de Antropología*, n° 15.
- Inchaurraga, S. (2001). *Drogas y políticas públicas. Modelo de reducción de daños*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Jáuregui, B. (2002). «Una perspectiva cultural de la adicción» (en línea). *Revista Gazeta de Antropología*, n° 18. Recuperado el 29/6/2015 de <http://hdl.handle.net/10481/7394>.
- Jodelet, D. (2000). *Develando la cultura: estudios en representaciones sociales*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kameniecki, M. et al. (2009). *Consumos problemáticos. Encuentros con presentación de casos clínicos*. Buenos Aires: Letra viva.
- Kornblit, A. (2004). *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.
- Le Poulichet, S. (2005). *Toxicomanías y psicoanálisis: la narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lewkowicz, I. (1999). «Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial instituido. Condiciones históricas de posibilidad». En Dobon, J.; Hurtado, G. *Las drogas en el siglo... ¿que viene?* La Plata: FAC.
- Manzoni, C. (2005). *Violencia y silencio: literatura latinoamericana contemporánea*. Buenos Aires: Corregidor.
- Muñoz Robles, M. (2012). *Biopolítica de la droga: hacia una comprensión sociológica de los consumidores de drogas en Chile* (en línea). Universidad de Concepción. Recuperado el 29/6/2015 de http://www.academia.edu/2547191/Biopol%C3%ADtica_de_la_droga._Hacia_una_compresi%C3%B3n_sociol%C3%B3gica_de_los_consumidores_de_drogas_en_Chile.
- Naparstek, H. (2008). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Naparstek, H. (2009). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo II*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. París: Unesco.
- Quevedo, S. (2007). «Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía, un caso ejemplar» (en línea). Recuperado el 29/6/2015 de <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-sobre.htm>.

- Quevedo, S. (2010). «Acerca de las drogas». En Pasqualini, D. y Llorens, A., *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Quevedo, S.; Donghi, A. y Gartland, C. (comps.) (2005). *Cuerpo y subjetividad: variantes e invariantes clínicas*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío*. Madrid: Ediciones Síntesis.
- Rotondi, G. (2000). *Pobreza y masculinidad*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios.
- Touzé, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Troquel.
- Von Barga, J. (2011). *Factores sociales y psicosociales asociados al consumo entre escolares de colegios rurales*. Chile: Diplom.de.

Acerca de los autores

María Lorena Battán Carabajal es licenciada en Psicología por la Universidad Católica de Santiago del Estero. Residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y becaria 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Coteló» de esa institución.

Alejandra Bossi es trabajadora social por el Instituto de Estudios Superiores San Martín de Porres, Santiago del Estero. Integrante del Programa Provincial de Prevención de la Drogodependencia y Alcoholismo de Santiago del Estero y becaria 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Coteló» del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Carlos A. Morales es licenciado en Psicología por la Universidad Católica de Santiago del Estero. Residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex Ce-NaReSo) y becario 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de esa institución.

LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN UN DISPOSITIVO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA ESPONTÁNEA EN EL SERVICIO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL EN RED (ex CeNaReSo)

Estudio exploratorio cualitativo y cuantitativo

Carolina P. Alcuaz y Pablo A. Coronel

Resumen: adaptar los dispositivos de atención que se crean para responder a las necesidades de la demanda que su oferta genera es un desafío para la investigación clínica. La creación del Servicio de Niñas, Niños y Adolescentes en marzo de 2014 en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) se sitúa dentro de la implementación del *Plan estratégico 2013-2015*. En dicho marco también surge el concurso para la obtención de la beca de investigación que promueve este trabajo. El presente estudio cualitativo y cuantitativo se propone obtener información sobre el perfil epidemiológico de los motivos de consultas en Atención a la Demanda Espontánea del Servicio de Niñas, Niños y Adolescentes durante el período transcurrido entre el 1º de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre del mismo año. Consideramos que este estudio tiene una finalidad clínica a la hora de diseñar dispositivos ambulatorios apropiados para dar respuesta a las características de la demanda particular que llega al servicio.

Palabras clave: motivo de consulta-configuraciones familiares-dispositivos ambulatorios-niñas, niños y adolescentes

Estudo exploratório qualitativo e quantitativo dos motivos de consulta em um dispositivo de Atenção à Demanda Espontânea no Serviço de Crianças e Adolescentes do Hospital Nacional em Red Lic. Laura Bonaparte especializado em saúde mental y adicciones (ex CeNaReSo)

Resumo: adaptar os dispositivos de atenção criados para responder às necessidades da demanda geradas por sua oferta é um desafio para a pesquisa clínica.

A criação do Serviço de Crianças e Adolescentes em março de 2014 no Hospital Nacional em Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) se situa dentro da implementação do *Plano Estratégico 2013-2015*. Neste âmbito surge também o concurso para a obtenção da bolsa de pesquisa que promove este trabalho. O presente estudo qualitativo e quantitativo se propõe obter informações sobre o perfil epidemiológico dos motivos de consultas em Atenção à Demanda Espontânea do Serviço de Crianças e Adolescentes durante o período transcorrido entre o dia 1º de janeiro de 2014 até o dia 31 de dezembro de 2014. Consideramos que este estudo tem uma finalidade clínica na ocasião de se projetar dispositivos ambulatorios apropriados para dar respostas às características da demanda particular que chega ao Serviço.

Palavras-chave: motivo de consulta-configurações familiares-dispositivos ambulatorios-crianças e adolescentes.

Introducción

La creación del Servicio de Niñas, Niños y Adolescentes en marzo de 2014 en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) se sitúa dentro de la implementación del *Plan estratégico 2013-2015*. Dicho plan otorga un nuevo perfil a la institución, que redefine su misión acorde con su marco de intervención en la Ley de Derechos del Paciente N.º 26.529, la nueva Ley de Salud Mental N.º 26.657 y la Ley de APS N.º 25.421.

Este servicio se encuentra ubicado en el barrio porteño de Parque Patricios, sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (comuna 4), y abre las puertas a la atención en un horario comprendido entre las 8 y 20 horas de lunes a viernes.

El servicio dedicado a la atención ambulatoria de niños hasta los 16 años inclusive está integrado por varios dispositivos terapéuticos: Consultorios Externos, Hospital de Día de Adolescentes, Hospital de Día de Niños y Atención a la Demanda Espontánea (ADE).

El dispositivo de ADE tiene por finalidad recibir las consultas y, mediante entrevistas interdisciplinarias de evaluación y diagnóstico, determinar la derivación del paciente al dispositivo terapéutico apropiado para la resolución de su problemática.

Es en función del contexto actual de creación de un nuevo servicio que nos resulta de suma importancia el armado del dispositivo de ADE y de aquellos dispositivos terapéuticos que se dedicarán al tratamiento de los pacientes derivados desde ADE. Partimos del supuesto de que todo dispositivo clínico es respuesta al tipo particular de consultas que recibe. Es por eso que es necesario para la implementación de un dispositivo de ADE el estudio de dicha demanda, con el fin de adaptar las prácticas clínicas a la realidad de las consultas.

Este proyecto de investigación tiene entonces por interés caracterizar los motivos de consulta que llegan al ADE, para luego implementar dispositivos de tratamiento adecuados a las necesidades originadas en la demanda.

El objetivo general de la investigación es obtener información sobre el perfil epidemiológico de los motivos de consultas en Atención a la Demanda Espontánea del Servicio de Niñas, Niños y Adolescentes durante el período transcurrido entre el 1º de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre del mismo año. Dentro de los objetivos específicos nos proponemos:

1. Precisar las características de los motivos de consulta en ADE.
2. Formalizar a partir de los motivos de consulta cuáles son las nuevas presentaciones sintomáticas.
3. Precisar las características del lazo social de los niños y adolescentes que consultan en ADE.
4. Describir los distintos modos de funcionamiento familiar.
5. Describir las características del tipo de demanda realizada a ADE.
6. Relacionar las presentaciones sintomáticas con los modos de funcionamiento familiar.

Material y métodos

Se trata de una investigación cuanti-cualitativa, de corte transversal, con diseño exploratorio-descriptivo, dado que indaga sobre los motivos de consultas de la población atendida, y se propone además describir y caracterizar aspectos significativos sobre dicha población. La unidad de análisis son los motivos de consulta de la población atendida en el servicio.

Transcurrido un año de funcionamiento del Dispositivo Ambulatorio para la Atención de Niñas, Niños y Adolescentes, se relevaron 265 historias clínicas elegidas al azar, comprendidas entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2014.

Este relevamiento permitió, mediante análisis estadístico, obtener datos para iniciar el proceso de investigación sobre las características del tipo de demanda que se presenta a la consulta a diario.

Asimismo, se analizaron las historias clínicas teniendo como eje de lectura las variables delimitadas. A su vez, otra fuente de datos la constituyó el seguimiento de los casos clínicos seleccionados a través de las supervisiones semanales en las reuniones del equipo interdisciplinarias del dispositivo.

Para el relevamiento de historias clínicas se incluyeron las siguientes variables:

Variables de los motivos de consulta

- a) Motivos o razones manifiestas de consulta: en el relato del adulto y del niño o adolescente.
- b) Factores desencadenantes de la consulta: coyunturas vitales.
- c) Itinerarios de consulta asociados al motivo manifiesto: derivaciones de otras instituciones (Judicial, Escolar, Salud, Ministerios, otros).
- d) Descripción sintomática.

- e) Forma de llegada a la consulta: traslados interinstitucionales, medios de transporte públicos, vehículos particulares.
- f) Zona geográfica de procedencia: CABA (barrio porteño) o provincia de Buenos Aires (partido).
- g) Situación habitacional: villa de emergencia u otro.
- h) Edad de consulta.
- i) Género.

Variables del funcionamiento familiar

- a) Tipos de familia: monoparentales, ensambladas, nuclear, extensa, compuesta, otros.
- b) Formas de resolución de conflictos: negación, evitación, elaboración simbólica, pasajes al acto, otros.
- c) Debilitamiento de roles en las funciones parentales relacionadas con puesta de límites, cuidados, marco identificador.
- d) Violencia en el ámbito familiar.

Resultados preliminares

A los fines de ordenar la información relevada al momento, este apartado se organizó en diferentes secciones.

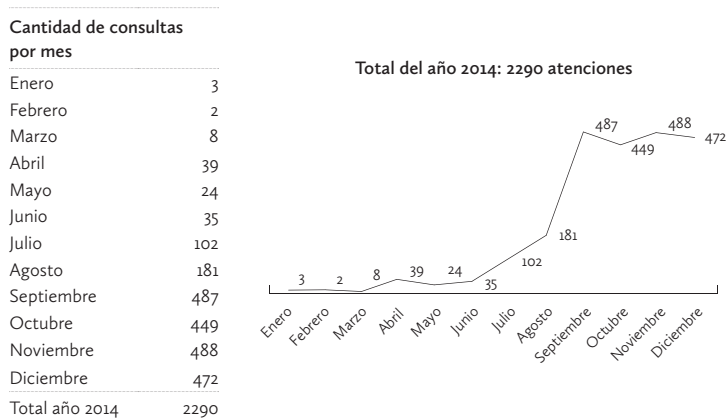
Dispositivo de Atención a la Demanda Espontánea

Todos los pacientes analizados en el presente estudio ingresan al servicio denominado Atención a la Demanda Espontánea a través de una entrevista de primera escucha de carácter interdisciplinario, atendidos por médicos especialistas en Psiquiatría Infantojuvenil, Psicología y Trabajo Social. Luego de dicha entrevista, el equipo interdisciplinario interviniente establece, a partir de una presunción diagnóstica, un plan de tratamiento a seguir de común acuerdo con los familiares, tutores y/o referentes, contando con su consentimiento, y el del menor de edad

toda vez que resulte posible. Las indicaciones deben estar fundamentadas y deben estar explicadas en un lenguaje claro, comprensible y acorde con el nivel de instrucción de quienes realizaron la consulta.

A lo largo de este período, a su vez, el dispositivo ha tenido modificaciones en la composición y estructura de recursos humanos que lo integran. Dispositivos de atención internos al servicio que al momento de la apertura de éste no se encontraban disponibles, como es el caso del Hospital de Día con sus talleres, se fueron creando para dar respuesta a aquellas presentaciones clínicas que así lo requerían.

Conforme a este aumento en la oferta de atención, se ha registrado un aumento correspondiente verificable en el número creciente de consultas a lo largo de este período de estudio, observable en el siguiente gráfico:



Análisis de la demanda

Itinerarios de consulta asociados al motivo manifiesto: procedencia desde otras instituciones

Podemos presentar una caracterización preliminar del sector de procedencia de la demanda no espontánea, esto es, de aquellos pacien-

tes que fueran remitidos por terceras partes. Esquemáticamente podemos simplificar la fuente de procedencia en estos casos en tres tipos: 1) provenientes del sector Salud, 2) provenientes del sector Educación y 3) provenientes de órganos de ejecución del Sistema de Protección de Derechos.

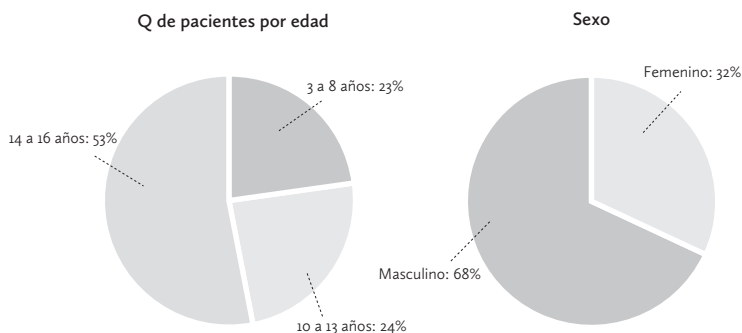
- 1) *Sector Salud*. En primer lugar, corresponde mencionar la procedencia y articulación con los distintos servicios y dispositivos pertenecientes al Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), entre los que se destacan el Servicio de Atención Primaria de Salud a través de sus equipos territoriales ubicados en las villas 1-11-14, Zavaleta, 21-24, Soldati, Barrio Mitre. Muchas consultas registradas provienen y se articulan con otros dispositivos ambulatorios del hospital de pertenencia de este servicio, a saber, Consultorios Externos, Casa de Medio Camino, Hospital de Día, ADE de adultos. Pero también se registra un número significativo de consultas que provienen de pacientes que se encuentran internados en el hospital. Las articulaciones con otros hospitales del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires son frecuentes, y las más habituales son con el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, el Hospital Neuropsiquiátrico Infantojuvenil Dra. Carolina Tobar García, el Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan, el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, el Hospital General de Agudos «José A. Penna», el Hospital General de Agudos Parmenio Piñero y los Centros de Atención y Acción Comunitaria (comunidades 4, 7 y 8). Se presentan además consultas provenientes de centros de salud, CPA y hospitales de la provincia de Buenos Aires, principalmente del primer cordón del Conurbano Bonaerense zona sur (partidos de Quilmes, Avellaneda, entre otros): Hospital Nacional «Profesor Alejandro Posadas», Hospital Zonal General de Agudos «Dr. Isidoro Iriarte».

- 2) *Sector Educación.* Las articulaciones que proceden del sector de educación son muy frecuentes. Son fuentes de procedencia habitual los gabinetes psicopedagógicos de las escuelas de recuperación y escuelas normales que por la localización corresponden a los distritos escolares 5 y 6 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. También se presentan consultas originadas en centros educativos terapéuticos, escuelas especiales y, más recientemente, la Escuela de Educación Especial Domiciliaria número 8. Muchas consultas son iniciadas de manera presencial por maestras y psicólogas pertenecientes a los gabinetes psicopedagógicos y programas mencionados, y prevalecen como motivo de consulta los problemas de conducta en dicho ámbito y las dificultades en la integración, la vinculación con pares y con el equipo docente.
- 3) *Sector de órganos de ejecución del Sistema de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.* Éste es el sector que presenta mayor complejidad, ya que generalmente implica la participación de más de un miembro del Sistema de Protección de Derechos y en numerosas oportunidades la modalidad de evaluación y resolución requiere de una modalidad de tratamiento urgente que merece un análisis aparte. Son habituales los casos que comienzan con el paciente traído por sus familiares, referentes o tutores, con el acompañamiento de la unidad de traslados del Ministerio de Seguridad de la Nación conjuntamente con un equipo de salud mental perteneciente a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF). Muy a menudo se trata de jóvenes detenidos en Centros de Atención y Derivación (CAD), donde no pueden estar más de 48 h por haber sido encontrados en situaciones de conflicto con la ley. Generalmente estas presentaciones incluyen un pedido de evaluación de un juzgado civil interviniente con escaso conocimiento de las modalidades de resolución posibles del disposi-

tivo de Atención Ambulatoria de Niñas, Niños y Adolescentes, lo cual fuerza a menudo articulaciones con otros efectores dependientes de distintas jurisdicciones, como la Dirección General en Políticas Sociales y Adicciones (dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y la SEDRONAR (dependiente de la Presidencia de la Nación).

Edad, género, situación habitacional

Como puede observarse en los siguientes gráficos, la mayor cantidad de consultas (68%) corresponden al género masculino, y el resto (32%) pertenece al género femenino. El promedio de edad de la población que es traída a las consultas es de 12 años.

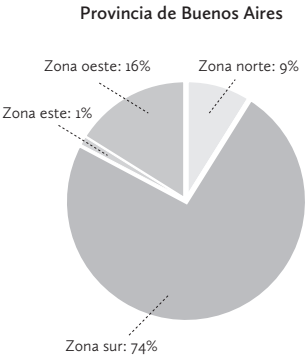


A su vez, la mayoría de las consultas (53%) pertenecen al grupo de edades comprendidas entre los 14 y 16 años. Le sigue en frecuencia el grupo de 10 a 13 años de edad (24%), y una proporción similar (23%) de consultas por niñas y niños de 3 a 8 años de edad. El promedio general de la población es de 12 años de edad.

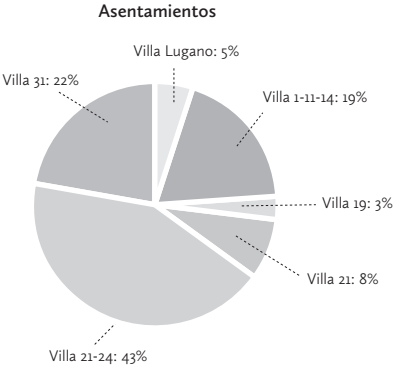
Un análisis poblacional geográfico de la procedencia de los pacientes estudiados nos muestra que la mayoría (58%) de los pacientes incluidos en el estudio provienen de la Ciudad de Buenos Aires. Como puede observarse en el siguiente cuadro, la mayoría de los pacientes

procedentes de la provincia de Buenos Aires (74%) residen en la zona sur del primer cordón del Conurbano Bonaerense:

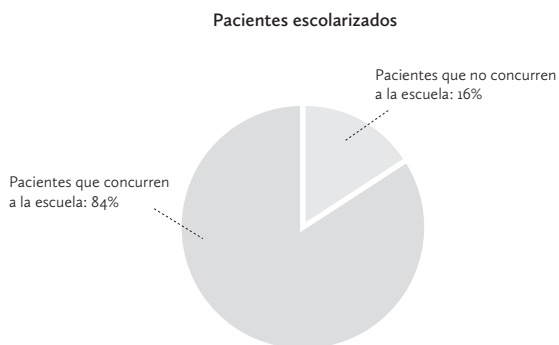
Mapeo geográfico social: de dónde provienen las demandas de pacientes en el Servicio de Niñas, Niños y Adolescentes



A su vez, observamos que una significativa proporción (17%) de pacientes provienen de zonas de asentamientos (villas de emergencia), siendo la mayoría de aquéllos más cercanos a la ubicación del dispositivo, como lo muestra el siguiente gráfico:



En relación con la escolarización de las niñas, niños y adolescentes atendidos y evaluados en este estudio se destaca una proporción significativa (16%) de pacientes que no concurren a la escuela. Dentro de la población en estudio, 24 pacientes provienen de escuelas de recuperación (N° 2, N° 5, N° 6, N° 8, N° 14).



Motivos o razones manifiestas de consulta

Las primeras consultas clínicas al dispositivo de ADE nos permiten situar algunas características de estas presentaciones sintomáticas, extraídas de las entrevistas con padres y niños: la escasez del relato, la predominancia de los actos, las fugas del hogar y la fragmentación de lazos sociales. A nivel psicopatológico, encontramos todo un espectro depresivo caracterizado por abulia, apatía, falta de proyectos vitales, tristeza, aburrimiento.

Los actos de estos niños se caracterizan por la agresividad hacia pares, las conductas impulsivas, las conductas de consumo de sustancias, los problemas de conducta en el ámbito escolar, las situaciones de riesgo subjetivo tales como exposición a accidentes de tránsito, a escenas delincuenciales, etc.

A nivel del lazo social, encontramos fragmentación de los lazos familiares, ausencia de funciones parentales implicadas en la constitu-

ción subjetiva y de cuidado de los hijos, ausencia de investidura de las figuras de autoridad tanto familiares como escolares, dificultades en el sostén de los vínculos con pares y conductas de aislamiento.

Las situaciones de calle, entendidas como fugas del hogar, dan cuenta de la pérdida del ámbito familiar como lugar que aloja el proceso de constitución subjetiva de un niño o adolescente.

Resultados preliminares

Asistimos en la clínica de niños y adolescentes a distintas presentaciones de los motivos de consulta: la fragmentación corporal, la pérdida de la imagen narcisista, la fatiga y tristeza depresiva, el dolor de existir, lo compulsivo del consumo de sustancias, el riesgo de vida, las intoxicaciones agudas, los cortes en el cuerpo, las redes sociales vulneradas, los riesgos potenciales o ciertos e inminentes, etc. Esta clínica se acompaña muchas veces de un empobrecimiento o ausencia de relato, de una demanda localizada en aquellos (padres, familiares y referentes institucionales) que traen a la consulta al niño y de situaciones que calificamos de urgencia. Por un lado, estas formas actuales de la psicopatología no se caracterizan por la presencia de la angustia o el síntoma en aquel por el cual se consulta. Por otro lado, en muchos casos es el desamparo social, que repercute en lo subjetivo, lo que termina por acentuar la característica de «lo urgente» en la consulta. La complejidad en que se presentan las consultas fuerza a inventar dispositivos terapéuticos en función de poder dar respuesta a la problemática subjetiva en esta época.

Entendemos que la urgencia en estas presentaciones implica la ausencia o fragilidad de un Otro y la imposibilidad de tramitar por lo simbólico la conflictiva en juego.

La ausencia, fragilidad o desdibujamiento de las figuras del Otro se explica por las situaciones donde los vínculos sociales se tornan vio-

lentos, lábiles, problemáticos, con pérdida de los roles maternos y paternos, que tienen como efecto arrasar con la subjetividad en juego. Además, hasta el momento de la consulta no se ha logrado la sustitución de estos lazos por otros (institucionales por ejemplo) que permitan al niño continuar con su proceso de constitución subjetiva. Muchas veces las instituciones no logran acercarse a estos niños, o el acercamiento no resulta suficiente. Observamos niños desorientados, sin referencias estables, sin proyectos de vida, con humor depresivo, sin relato y descreídos de un cambio posible.

En dichas consultas la urgencia se localiza en los discursos –médicos, familiares, sociales y jurídicos– sobre la infancia. Es allí donde captamos cuál es el malestar que el niño provoca en su entorno y motiva la consulta. Escuchamos en el relato de los adultos la pérdida de control sobre la crianza del niño, los problemas de conducta y cambios de carácter, el consumo compulsivo de sustancias, las peleas callejeras o en el ámbito del hogar, las fugas del hogar y del colegio, la no comprensión por parte de los adultos de lo que le ocurre y la no correspondencia entre el niño y lo que de él se espera. Éstos son, entre otros, los motivos que conducen a consultar por los niños.

La urgencia en los adultos queda ubicada como pedido de resolver la falta de dominio sobre el niño, y se observa en algunos casos la posición de desimplicación subjetiva respecto de la queja. Por ende, la demanda, el pedido del adulto no es tomado en su sentido manifiesto, sino que se ofrece la entrevista para escuchar el despliegue de esa demanda y su lógica. En algunos casos, se escucha un pedido del lado del niño que coincide o no con el pedido del adulto.

En las entrevistas con los niños o adolescentes se destacan dos modos de presentación de la consulta en relación con lo que podríamos llamar «demanda inicial del niño». Observamos que, por lo general, en la primera infancia el niño puede relatar las distintas escenas (familiares, escolares, etc.) en las cuales se ve afectado. Si bien aún no

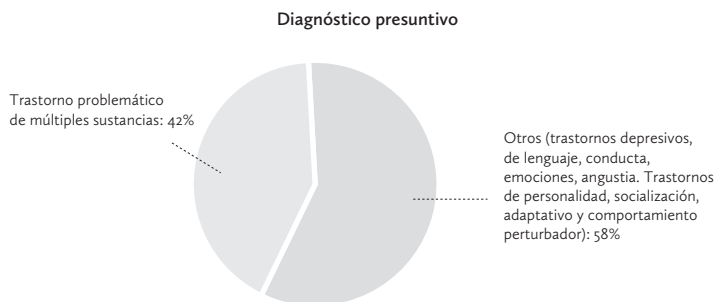
logran situar su responsabilidad subjetiva en ellas, logran localizar el malestar en juego y enlazarlo con un pedido de consulta.

En cambio en otros casos, generalmente dentro de la etapa de la adolescencia, la demanda de atención queda localizada solamente en el discurso de los adultos, ya que el paciente niega cualquier sufrimiento psíquico.

Ante esta complejidad clínica, los desafíos para el equipo interdisciplinario consisten en trabajar desde un dispositivo que reciba las consultas de manera inmediata, en forma intensiva e interdisciplinaria.

Dentro de las consultas observamos que hay situaciones de urgencia (riesgo potencial) que logran resolverse en los marcos de la consulta ambulatoria (Consultorios Externos y Hospital de Día) y son aquellas donde rápidamente la sintomatología cede al comenzar el tratamiento, y el sistema de referencia (familia, etc.) se responsabiliza de los cuidados del niño (suministrar medicación, traerlo a las consultas las veces que el equipo indique, etc.). En cambio, cuando la situación de urgencia conlleva un riesgo cierto e inminente y no existe continencia a nivel familiar, se articulará con otras instituciones que puedan brindar un tratamiento bajo modalidad de internación.

Los diferentes motivos de consulta pueden verse graficados en el siguiente cuadro:



Bibliografía

- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Derrida, J. (1975). *La farmacia de Platón*. Madrid: Fundamentos.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ehrenberg, A. (1994). *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1993). *Tres ensayos de teoría sexual*. En *Obras Completas*, vol. 7. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grosso, G. y Martínez Liss, M. (2000). «El niño y el síntoma». *Fort-Da. Revista Virtual de Psicoanálisis con Niños*, n° 2.
- Lacan, J. (2007). «Conferencia en Ginebra sobre el síntoma». En *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (2007). «Dos notas sobre el niño». En *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (s/f). «Discurso cierre de las Jornadas del niño alienado». *Analiticon*, n° 3. Manantial.
- Lacan, J. (1973). «Televisión». En *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (1999). «Hay un final de análisis para los niños». En *Hay un final de análisis para los niños*. Buenos Aires: Colección Diva.
- Miller, J.-A. (2005). «El niño: entre la mujer y la madre» (en línea). *Revista Virtualia*, n° 13. Recuperado el 24/6/2015 de <http://virtualia.eol.org.ar/013/default.asp?notas/miller.html>.
- Miller, J.-A. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós.
- Paola, D. (2007). «Embarazo en la adolescencia». *Revista Imago Agenda*, n° 116, diciembre.

- Peusner, P. (2008). «El niño y el Otro. Puntuaciones acerca de la presencia de padres/parientes en la clínica psicoanalítica lacaniana con niños». Teórico abierto de la cátedra «El juego en los límites: el psicoanálisis y los problemas en el desarrollo infantil», a cargo de la Prof. Norma Bruner.
- Rabinovich, D. (1985). *Una clínica de la pulsión: las impulsiones*. Buenos Aires: Manantial.
- Recalcati, M. (2010). *L'uomo senza inconscio*. Milano: Editorial Raffaello Cortina.
- Regnault, F. (2005). «Pasiones dantescas» (en línea). *Revista Virtualia*, n° 13. Recuperado el 24/6/2015 de virtualia.eol.org.ar/013/default.asp?indice.html.
- Roa, A. (2002). «La admisión no es una entrevista preliminar». *Hojas Clínicas*, n° 5. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Rodríguez, G. (s/f). «Acerca de la Laetitia y de la Tristitia en la ética de Spinoza». Extensión 8-9, Cátedra de Psicopatología I, UNLP. La Plata: Avatar.
- Salman, S. (2006). «Las modalidades del síntoma en el niño: la acción de los padres». En *Psicoanálisis con niños. Fundamentos de la práctica*. Buenos Aires: Grama.
- Salman, S. (1997). «Metáfora paterna y Nombre del Padre». En *El padre y La mujer*. Buenos Aires: ed. Atuel.
- Vaschetto, E. (2010). «El toxicómano errante (identificaciones comunitarizantes y anclas exportables)». En *Los descarriados. Clínica del extravío mental: entre la errancia y el yerro*. Buenos Aires: Grama.
- Vaschetto, E. (2013). «Lo abyecto». *Revista Aperiódico Inconscientes*, n° 24. Cuerpos 2. Buenos Aires.
- Vaschetto, E. (comp.) (2006). *Depresiones y psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama.
- Wainsztein, S. (2007). «Embarazo adolescente o jugando a los dados». *Revista Imago Agenda*, n° 116.

Winnicott, D. (1997). «Muerte y asesinato en el proceso adolescente». En *Realidad y juego* (7ma. ed.). Barcelona: Editorial Gedisa.

Acerca de los autores

Carolina P. Alcuaz es licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata. Coordinadora del Servicio Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), supervisora clínica de la Residencia de ese hospital y becaria 2013-2014 y 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de la misma institución. Docente de la Facultad de Medicina y la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Supervisora clínica de las Residencias de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez y del Hospital Parmenio Piñero. Ex residente y ex jefa de residentes de Psicología del Hospital Alejandro Korn-Melchor Romero.

Pablo A. Coronel es médico por la Universidad de Buenos Aires, especializado en Clínica Pediátrica, Psiquiatría Infantojuvenil y Medicina Legal. Coordinador del Servicio Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en Salud Mental y Adicciones (ex CeNaReSo), becario 2014-2015 del Programa de Becas de Investigación «Licenciado Ernesto Cotelo» de ese hospital y ex instructor de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental de la misma institución. Miembro de la Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde y ex jefe de residentes en ese hospital.

SOBRE EL SELLO EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE

Cada vez que un sello editorial publica un nuevo volumen se presenta una ocasión propicia para dar a conocer su razón de ser. Tratándose de la editorial del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), podría apearse a la tradición de los hospitales escuela. Ahora bien, en una época como la nuestra no alcanza con la tradición. Vale entonces preguntarse: ¿por qué un sello editorial para el hospital? Y también, ¿por qué llamar a esta editorial con el nombre de Laura Bonaparte, tal como sucede con el hospital?

La necesidad de un sello editorial surge del *Plan estratégico 2013-2015* de este hospital. El Plan, en el marco de la intervención del Centro Nacional de Reeducción Social (CeNaReSo), que comienza en noviembre de 2012, tiene como objetivo la implementación y el fortalecimiento de un modelo de abordaje del paciente con patologías de consumo y de su grupo familiar desde una perspectiva integral, interdisciplinaria e intersectorial basada en los principios de Atención Primaria de la Salud en el marco de la legislación (Ley de Derechos del Paciente, Ley de Salud Mental y Ley de Atención Primaria de la Salud) y de las políticas sanitarias nacionales en salud mental y adicciones. Como acontece ante legislaciones y políticas públicas innovadoras,

nos encontramos en presencia de un desafío que requiere problematizar las prácticas institucionales y asistenciales. Como parte de este proceso, la editorial quiere ser una herramienta al servicio de esa revisión, tanto hacia dentro de la institución como en diálogo con otros profesionales, instituciones y la comunidad en general.

Ahora bien, esta editorial, como el hospital, lleva el nombre de la licenciada Laura Bonaparte, lo cual tiene sus razones e historia. Laura Bonaparte fue una de las fundadoras de la organización Madres de Plaza de Mayo. Durante la última dictadura militar en nuestro país, su esposo y tres de sus hijos fueron desaparecidos. Además de psicóloga, fue una militante incansable de los Derechos Humanos. Como resulta evidente, no se trata de una elección al azar sino de una nominación que pretende «recuperar» un modo de comprender las prácticas institucionales, políticas y epistémicas de las que nos sentimos herederos y continuadores.

Lic. Edith Benedetti

Interventora general y directora de la editorial

Títulos publicados

Serie Investigaciones

AA. VV., *Nuevas políticas en salud mental: desafíos para la intervención interdisciplinaria*

Serie Jornadas y congresos

AA. VV., *1.º Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica.*

AA. VV., *2.ªs Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos.*

AA. VV., *3.ªs Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Interdisciplina en la intervención clínica? Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos.*

Serie Manuales de procedimiento

Gabriela Bes, Fernando Calvo, Natalia Lamothe y Mariano Rey (Comisión de Administración de Insumos Médicos), *Vademécum 2013-2015.*

Gabriela Bes, *Manual del Servicio de Farmacia.*

Serie Papeles de trabajo

Edith Benedetti, *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención.*

Cantidad de ejemplares: 300.

Este libro se terminó de imprimir
en el mes de septiembre de 2015
en Bibliográfica, Barzana 1263,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales



**Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte**

Especializado en salud mental y adicciones,
EX CENARES

