Consumo de pasta base de cocaína y cocaína en mujeres durante el embarazo

Mario Moraes Castro, Gabriel González Rabelino,
Luisina Castelli Rodríguez, Eleuterio Umpiérrez,
Claudio Sosa Fuertes

Interdisciplinarias
2015

Espacio Interdisciplinario
Universidad de la República
Uruguay

Consumo de pasta base de cocaína y cocaína en mujeres durante el embarazo

Mario Moraes Castro, Gabriel González Rabelino,
Luisina Castelli Rodríguez, Eleuterio Umpiérrez,
Claudio Sosa Fuertes

Espacio Interdisciplinario
Universidad de la República
Uruguay

Interdisciplinarias
2015

Espacio Interdisciplinario
Universidad de la República
Uruguay

Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República
José Enrique Rodó 1843
11200 Montevideo Uruguay
www.ei.udelar.edu.uy
ei@ei.udelar.edu.uy

Integraron el Comité de Referato para la edición 2015 de la Colección Interdisciplinarias: Gabriela Cruz, Mónica Lladó, Claudio Martínez, Gregory Randall, Gustavo Remedi, Oscar Sarlo y Judith Sutz

Colección Interdisciplinarias 2015. *Consumo de pasta base de cocaína y cocaína en mujeres durante el embarazo*. Mario Moraes Castro, Gabriel González Rabelino, Luisina Castelli Rodríguez, Eleuterio Umpiérrez, Claudio Sosa Fuertes

Capítulo 8. PBC: aspectos toxicológicos. Antonio Pascale
Capítulo 10. Ambiente de cuidados y desarrollo en situación de consumo de PBC: Virginia Marichal

Coordinación editorial: Unidad Académica del Espacio Interdisciplinario
Producción editorial: Susana Aliano Casales
Diseño: Unidad Académica del Espacio Interdisciplinario
Impresión: Mastergraf SRL

Distribución general: Espacio Interdisciplinario, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República, Fondo de Cultura Universitaria

Primera edición, mayo 2016, 300 ejemplares
ISSN: 2301-0835
ISBN: 978-9974-0-1355-1
Depósito legal:

Las opiniones vertidas corren por cuenta de los autores.
La Colección Interdisciplinarias se rige por la ordenanza de los Derechos de Propiedad Intelectual de la Universidad de la República.

Agradecimientos

Esta obra está dedicada a mi esposa Johanna y a mis hijos Agustín, Ailen, Santiago, Emma y Valentino.

Un agradecimiento muy especial a José Gabriel Barceló, por su gran dedicación en la edición y en la corrección, sin su esfuerzo este sueño no hubiese sido posible.

Mario Moraes Castro

Índice

Agradecimientos **5**

Prólogo de la Colección **11**

Prefacio. Un camino hacia la interdisciplina **15**

Introducción **17**

Capítulo 1. PBC que se comercializa en Uruguay **21**

1.1. Introducción 21
1.2. Más de diez años tras la composición de la PBC 23
1.3. Implicancias de la vía de administración en la composición química 30
1.4. Semántica 33
1.5. Conclusiones 33

Capítulo 2. Prevalencia del consumo de PBC durante el embarazo por autodeclaración **39**

Capítulo 3. Generalidades de la metodología de la investigación **45**

Capítulo 4. Identificación del consumo de PBC en mujeres durante el embarazo por análisis de meconio del recién nacido **49**

Capítulo 5. Consumo de PBC durante el embarazo. Efectos del consumo de derivados de cocaína en la mujer embarazada..... 59

Capítulo 6. Detección de consumo de PBC en el embarazo por análisis de muestras de orina 69

6.1. Introducción..... 69

6.2. Identificación de usuarias de PBC mediante inmunoanálisis de orina..... 70

Capítulo 7. Mujeres-madres-usuarias de pasta base. Maternidad y consumo en contextos de pobreza..... 77

7.1. Presentación 77

7.2. Enfoque metodológico 80

7.3. Panorama: PBC y mujeres usuarias en Uruguay 84

7.4. Maternidades y desigualdad..... 88

7.5. Redes del comercio ilícito, violencias, (des)protección 94

7.6. Castigo, moralidades y sexualidad..... 100

7.7. Rosana 104

7.8. Cuerpo, consumo, amor maternal..... 106

7.9. Precariedades cotidianas, consumos disruptivos 117

7.10. Redes familiares, lazos afectivos 122

7.11. Palabras finales..... 127

Capítulo 8. PBC: aspectos toxicológicos..... 137

8.1. Conceptos generales..... 137

8.2. Efectos tóxicos agudos y crónicos; neurobiología y toxicidad de la PBC..... 138

Capítulo 9. Efectos del consumo de derivados de cocaína sobre el recién nacido..... 145

9.1. Efectos sobre el crecimiento fetal 147

9.2. Síndrome de abstinencia y alteraciones neuroconductales en fetos expuestos a derivados de cocaína..... 149

9.3. Consumo disruptivo y mortalidad infantil..... 149

Capítulo 10. Ambiente de cuidados y desarrollo en situación de consumo de PBC..... 153

10.1. Desarrollo psicomotor del niño..... 157

10.2. Características del desarrollo psicomotor en el primer año de vida..... 157

10.3. Deprivación ambiental..... 158

10.4. Importancia del desarrollo motor a los 9 meses..... 159

10.5. Resultados de investigación en neurodesarrollo durante el primer año de vida en niños expuestos a PBC durante la gestación 160

10.6. Importancia de la intervención del fisioterapeuta en la atención de recién nacidos expuestos a PBC..... 166

Capítulo 11. Exposición prenatal a PBC y su repercusión neuroconductual..... 177

Índice de figuras y tablas 185

Sobre los autores 187

Prólogo de la Colección

Los libros de la Colección Interdisciplinarias intentan responder a algunos desafíos que resumiré a continuación.

El proceso de fragmentación del conocimiento se ha acentuado a lo largo de los siglos, y se justifica en la ampliación del conocimiento y en la creación de condiciones para que la investigación sea eficaz. Ninguna ciencia particular puede ofrecer un modelo unificado para explicar todo el mundo. Se puede decir que nunca nadie tuvo tal pretensión. No es menos cierto, sin embargo, que los esfuerzos globalizadores, las visiones macrocósmicas, caracterizaron todas las ciencias, a las naturales especialmente en los siglos XVII y XVIII, a las sociales en el siglo XIX, e impregnaron la formación de muchos de nosotros, en los años centrales del siglo pasado.

Es frecuente asociar a la revolución copernicana con un cambio sustancial de la concepción que el hombre tenía de sí mismo y de su lugar en el cosmos. Las observaciones y teorías desarrolladas entre 1500 y 1700 por Copérnico, Giordano Bruno, Tycho Brahe, Kepler, Galileo, Newton... permitieron elaborar teorías sobre los movimientos de los planetas en base a leyes sencillas, las cuales explicaban, además, la existencia de las mareas, la caída de los cuerpos y muchos otros fenómenos que antes eran considerados completamente desconectados. Estas teorías generaron una inmensa confianza en el saber objetivo y el reconocimiento del universo como materia en movimiento, regido por leyes naturales. La aceptación de que todo el mundo obedece a leyes conocibles y que los fenómenos físicos son predecibles si se conocen suficientemente sus causas, resultó consecuencia inmediata de aquella revolución.

Pero hoy se puede decir que aquellos afanes generalizadores han perdido fuerza, que cuesta mucho distinguir cuáles son las líneas principales del progreso y que cada vez tiene menos adeptos la creencia de que se puede

entender el todo y cada una de las partes en función de relaciones de causa-efecto, transparentes y lineales. A tal punto que desde diversos ámbitos de las ciencias naturales y exactas, y también desde áreas de la economía y otras disciplinas sociales, ha ganado fuerza la necesidad de estudiar los aspectos inestables, no completamente predecibles, desordenados, de los fenómenos.

En otro orden de cosas, diversos sectores interesados en el quehacer social y cultural se pregunten cuál es el grado de desorganización de la sociedad actual, dónde pueden llevar estos procesos llamados de desideologización.

Algunas constataciones en este sentido:

- Hay una pronunciada deshumanización, robotización y aislamiento de la vida social, que está haciendo perder hábitos y culturas generados a lo largo de la actividad mancomunada y solidaria de la humanidad.
- Se percibe un incremento de las desigualdades sociales y la diferenciación entre el norte y el sur (olvidemos por ahora el este), que lleva a muchos a preguntarnos si no estaremos en camino de una nueva diferenciación de especies.
- Existe un deterioro palpable (muchas veces ocultado) del medio ambiente, que se mide, no en las escalas de los tiempos geológicos, sino en las de una generación humana.

La dificultad para percibir cuáles son las regularidades de las transformaciones sociales y económicas, las trabas para aplicar las teorías sobre el desarrollo histórico que tanto impacto causaron en la primera mitad del siglo pasado, generan la búsqueda de estructuras de pensamiento diferentes, que en algún sentido rompan con aquel modelo copernicano (tomado este como paradigma de otras muchas revoluciones científicas). En particular, crecen los sectores de la opinión pública que detectan que la naturaleza y la sociedad presentan contenidos muy ricos y sustanciales, a pesar del desorden que se percibe en la superficie. Y que tratan de comprender y sistematizar esa riqueza «cubierta» por el desorden.

El anterior Rector, Rodrigo Arocena, en su prólogo a esta misma colección observaba que la especialización y la fragmentación del conocimiento tienen «por lo menos tres consecuencias negativas. Una atañe al conocimiento mismo: parece difícil llegar a conocer realmente algo, por ejemplo, el cambio climático, si no conectamos lo que al respecto nos dicen diferentes disciplinas. Una segunda consecuencia potencialmente negativa se refiere al uso valioso del conocimiento: parece difícil afrontar, por ejemplo, la problemática nutricional e infecciosa de los niños que asisten a las escuelas

en barrios carenciados de Montevideo sin conjugar los aportes de variadas especialidades. Una tercera consecuencia que puede tener la fragmentación del conocimiento se relaciona con su democratización [...] ¿Cómo hace un ciudadano “de a pie” para hacerse una idea de lo que conviene a la comunidad en relación a un problema complejo? Los expertos pueden y deben asesorar pero, aunque lo hagan en términos comprensibles para no expertos, sus opiniones se basan en sus especializaciones respectivas, por lo que no necesariamente incluyen un enfoque de conjunto; además, ciertas opiniones de expertos suelen contraponerse a las de otros expertos». Los encuentros y diálogos entre disciplinas pueden contribuir a que la ciudadanía pueda hacer un uso informado y autónomo del conocimiento a la hora de adoptar decisiones sobre asuntos que a todos atañen.

Roberto Markarian

Rector de la Universidad de la República

Prefacio. Un camino hacia la interdisciplina

Infancia 2mil20 se constituyó como un grupo de investigación en el ámbito del Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República de Uruguay. Al momento actual lleva más de 10 años como grupo de trabajo.

El tema de investigación definido por el grupo es el consumo de sustancias de uso recreativo y sustancias de abuso durante la gestación y sus efectos sobre la mujer, el feto y el desarrollo posterior del niño.

La profundización del conocimiento sobre la temática en las diferentes investigaciones realizadas en estos años permitió el crecimiento del grupo de investigación y el avance desde la yuxtaposición de saberes hasta el momento actual de desarrollo grupal. En un principio fue el equipo médico el que definió las prioridades de la investigación, enfocado en el conocimiento de la incidencia del consumo de las diferentes sustancias y sus efectos inmediatos sobre el recién nacido. En esta primera etapa, principalmente con este interés, médicos y químicos unieron sus esfuerzos para ampliar su capacidad de identificar los fetos expuestos a la sustancia durante la gestación.

En este momento, los investigadores ya contaban con antecedentes específicos de cada disciplina, lo que permitió un intercambio de saberes desarrollados previamente.

Un avance importante en esta etapa fue la capacidad de identificar sustancias en las primeras deposiciones del bebe o meconio. A esas alturas del desarrollo grupal la realidad de la mujer y su entorno no eran comprendidos como parte del problema ni el desarrollo posterior de los niños. Más adelante, en una segunda etapa de las investigaciones, el equipo incorpora, por un lado, a obstetras para integrar en el estudio los problemas de la mujer en tanto embarazada y, por otro lado, a neuropediatras para analizar los efectos a largo plazo sobre el desarrollo de los niños. Como se puede observar, existe un

primer avance de integración interdisciplinaria entre los clínicos (médicos) y el conocimiento de las materias básicas (químicos). Sin embargo, también puede notarse que existe, en esta etapa, una reducción del problema a los aspectos vinculados al proceso salud-enfermedad y al análisis de los efectos de la utilización de sustancias legales o ilegales sobre la salud del feto y el niño. En esta etapa, que motiva una nueva investigación sobre el problema, se puede hablar de un proceso de integración entre conocimientos y metodologías básicas y clínicas; asimismo, el foco de la investigación no es patrimonio del saber médico y el diálogo entre los médicos y los químicos supera las barreras de sus propias disciplinas.

Sobre estos logros, el grupo de investigación, en principio desde un objetivo meramente teórico, incorpora el diálogo con otros saberes, en particular con las ciencias antropológicas y con perspectiva de género. De este modo se ha transitado desde una formulación de la problemática y, por tanto, de conocimiento de la realidad, focalizada en los aspectos básico-clínicos, a una perspectiva más amplia, en donde se consideran las circunstancias de vida de estas mujeres y cómo en relación a estas se vive la maternidad, sus vínculos afectivos, familiares y con el sistema sanitario.

Este tipo de investigación es capaz de trascender los pasillos hospitalarios y las salas de internación para recorrer el camino difícil de estas familias en sus hogares y a los niños a través de su crecimiento.

Este libro es el resultado de las investigaciones desarrolladas por el grupo y de los esfuerzos de sus integrantes por lograr una visión más comprensiva de la problemática de estudio.

En base a las investigaciones previas, es importante destacar que para la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos el principal problema de salud pública actual es el consumo de alcohol. La mitad de las mujeres embarazadas en Uruguay consumen alcohol en su embarazo. No existe una dosis segura sin efectos sobre el feto del consumo de alcohol. Cualquier cantidad en cualquier momento del embarazo tiene efectos permanentes y en la mayoría de los casos irreversibles sobre el desarrollo infantil futuro. Sin desconocer este problema, que fue abordado con anterioridad por el grupo de investigación, la presente obra está centrada en comunicar el conocimiento actual sobre el consumo de pasta base de cocaína (PBC) en embarazadas y en las vivencias posteriores al parto, haciendo foco en la población de mayor vulnerabilidad socioeconómica que se atiende en el Hospital de la Mujer.

Introducción

Las investigaciones desarrolladas sobre las poblaciones de usuarios de pasta base de cocaína (PBC) utilizan, en la mayoría de los casos, la autodeclaración para identificar a los consumidores.

Esta aproximación determina que la población incluida en el estudio esté representada por los usuarios que reconocen el uso de la sustancia o aquellos que se encuentran dentro de un estereotipo asignado a esta población por los agentes de salud. En esta situación, cuando estos pacientes solicitan atención en instituciones de asistencia médica, se les adjudique determinadas características y se soliciten estudios para confirmar la exposición a la sustancia. En el caso de las usuarias mujeres que están cursando un embarazo y concurren para dar a luz a su hijo los estereotipos culturales determinan que la investigación se desarrolle sobre mujeres que se encuentran estigmatizadas por su apariencia física, su situación económica y familiar y sus características conductuales. Este hecho determina una mayor marginalización en el ámbito institucional. Conscientes de la situación a la cual se exponen, las mujeres niegan la utilización de la sustancia. Se suma a ello las implicancias que el reconocimiento del consumo de PBC tiene sobre la separación posible de sus hijos, las consecuencias médico-legales para la tenencia de los niños o la posibilidad de amamantarlos. Nuestro grupo de investigación en base a sus estudios elaboró la hipótesis de que podría existir más de una población de mujeres y recién nacidos expuestos a PBC en el embarazo.

La autodeclaración con la realización de encuestas periódicas es la estrategia utilizada con mayor frecuencia para conocer el consumo de sustancias en la población general o en poblaciones especificas, como ser los estudiantes de educación secundaria, encuestas que realizan en forma periódica desde el Observatorio Uruguayo de Drogas y la Junta Nacional de Drogas. La utilización del mismo instrumento con una metodología similar

permite conocer los patrones de consumo de la población y la evolución temporal de exposición de la población general a la sustancia.

Otra de las estrategias para identificar la exposición a PBC durante la gestación es utilizar materiales biológicos. Dentro de ellos la orina de la mujer o del recién nacido es el material biológico más utilizado. Por la orina es posible identificar si la persona utilizó la sustancia en las 72 horas previas. Elementos importantes son los reactivos utilizados y los límites de corte para la detección de la sustancia. Los límites de corte para la concentración de cocaína en orina son de 300 ng/ml de benzoylegonina. Estas concentraciones identifican a las personas que tuvieron un elevado consumo de la sustancia en las últimas 72 horas, pero no una exposición a menores niveles o los consumos más allá del plazo que permite el estudio de los metabolitos en orina.

Es importante definir que el método de identificación del consumo de sustancia debe ser congruente con el objetivo de investigación que el grupo de estudio defina. En el caso de mujeres embarazadas y de sus fetos este elemento es fundamental. Si queremos definir las complicaciones que se producen sobre la mujer y su hijo es importante utilizar un método que permita identificar la mayor cantidad de casos. El cabello de la mujer es un material biológico que puede identificar todos los casos de exposición de la mujer. El cabello crece 1 cm por mes, lo que permite con una longitud de cabello adecuado definir si el consumo se produjo antes del embarazo, durante este y en qué trimestre de la gestación.

Otro material biológico que se puede utilizar es el meconio, que está compuesto por secreciones digestivas, líquido amniótico digerido por el feto, grasas del unto sebáceo que cubre la piel fetal, pelos y células epiteliales descamadas que fueron digeridas al tragar el líquido amniótico en el cual el feto se encuentra. Es un material muy pegajoso, difícil de separar de la superficie en la cual se encuentra. Su color es verde negruzco determinado por la alta concentración de bilis que tiene. El meconio se observa en el feto desde las 12 semanas y puede informar de la historia de consumo en la segunda mitad del embarazo.

Como uno de los elementos definidos en nuestro grupo de estudio como fundamentales fue poder identificar a los fetos expuestos a la sustancia, la utilización de meconio del recién nacido podría cumplir con dicho objetivo. El estudio de una muestra de meconio para derivados de cocaína tiene algunas limitaciones. Como se refirió puede determinar en el mejor de los casos la exposición en la segunda mitad del embarazo. Es reconocido el embarazo como una etapa del ciclo vital de la mujer muy importante que puede determinar cambios conductuales en beneficio del feto si le es posible, y considera que

este cambio tiene beneficios para su futuro hijo. Es así que puede haber un grupo de mujeres que durante el avance de la gestación abandone el consumo de sustancias de abuso, como se demostró en muchas investigaciones, y un feto que estuvo expuesto en el primer trimestre del embarazo no pueda ser identificado por este método. Es muy poco frecuente que una mujer se inicie en el consumo de sustancias adictivas en la segunda mitad del embarazo, por lo cual es posible inferir que la identificación de la sustancia en el meconio demuestra exposición durante toda la gestación. Otra limitante es que esta metodología no permite cuantificar la exposición, por lo cual no es posible por este método conocer la frecuencia y cantidad de exposición, lo cual debe basarse en la declaración de la mujer.

Los estudios realizados con anterioridad en Uruguay, en los cuales se investigó el consumo en el embarazo con muestras de meconio del recién nacido, definieron el tamaño de la muestra o cantidad de sujetos a ser incluidos en el estudio para tener validez estadística. Definido el número de sujetos a incluir en el estudio realizaron la inclusión de la población en forma secuencial hasta llegar al número de sujetos predeterminado. El tamaño muestral se alcanzó en un período inferior a dos meses, por lo cual esta muestra podría tener sesgo por la inclusión de la muestra, por la estacionalidad anual o factores no identificados en ese momento. Las interrogantes que surgen en estos casos es si el consumo de sustancias es el mismo en verano que en invierno o cómo incide la cercanía de festividades o situaciones no identificadas. Por ello, el diseño del estudio que describimos en esta publicación tomó en cuenta estos elementos.

Referencias bibliográficas

MORAES, M.; SOSA, C.; PARODI, V.; MAGRI, R.; BUSTOS, R. (2008): “Factores socioculturales y demográficos de las consumidora de alcohol y pasta base de cocaína en el embarazo”. IV Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología. Mar del Plata.

MORAES, M.; GONZÁLEZ, G.; GHIONE, A.; SOSA, C.; UMPIÉRREZ, E.; ALCÁNTARA, M. J.; BATISTA, V.; GALIPOLO, S. y otros (2011): “Determinación de la incidencia del consumo de cocaína en el embarazo por análisis de meconio: relación con la autodeclaración y resultados neonatales”. Primer Premio Congreso Uruguayo de Neonatología. Montevideo.

MORAES, M.; GONZÁLEZ, G.; GHIONE, A.; SOSA, C.; UMPIÉRREZ, E.; ALCÁNTARA, M. J. y otros (2011): “Incidencia de consumo de cocaína en el embarazo, su relación con la autodeclaración y resultados neonatales”. VII Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología. Santiago de Chile.

MORAES, M.; GONZÁLEZ, G.; GHIONE, A.; SOSA, C.; UMPIÉRREZ, E.; ALCÁNTARA, M. J. y otros (2011): “¿Aumentó el consumo de drogas en la última década en Uruguay?”. Congreso Uruguayo de Pediatría. Montevideo.

Capítulo 1. PBC que se comercializa en Uruguay

1.1. Introducción

El uso de plantas psicotrópicas en las culturas milenarias de Sudamérica se remonta a más de 2000 años antes de Cristo. Desde que se descubrió Sudamérica en 1492 aparecieron los primeros reportes del uso de la hoja de coca (Goldstein y otros, 2009). Pero recién en 1861 Albert Niemann, en Alemania, logró aislar el alcaloide principal de la hoja de coca y lo llamó *cocaína* (Tagesbericht Allgem. Med. Centralzeitung, 25 April 1860, pp. 262-263).

Después de esta primera descripción de la cocaína, etapa histórica en la cual era utilizada como una sustancia que permitía la comunicación con los dioses, pasó a ser un energizante, un estimulante, un anestésico, un narcótico y finalmente una sustancia prohibida hasta nuestros días en todas las culturas modernas.

La aparición de la pasta base en Uruguay como una nueva sustancia de consumo ilegal coincide con la profunda crisis económica que ocurrió en el país en los años 2001/2002. En ese entonces apareció en las calles lo que se llamó una nueva droga: “la pasta base”, que es una forma de cocaína que se consume calentándola y aspirando el humo.

Frente a la aparición de esta nueva sustancia y debido al desconocimiento científico, se construyeron tanto a nivel del sistema de salud como en la opinión pública muchas creencias y preconceptos de sus efectos, la afirmación de que en poco tiempo podía producir la muerte del consumidor, que producía un daño irreparable a nivel cerebral, que sus efectos se debían a los solventes con los cuales se procesaba y adulteraba. Existía también desconocimiento sobre la composición química de la sustancia y se afirmaba que era sulfato de cocaína o residuo de la purificación de cocaína.

En el estudio de sustancias de la composición de sustancias ilegales existe un largo camino a recorrer para conseguir los permisos legales para la manipulación de la sustancia y la obtención de muestras decomisadas por los servicios policiales. A partir del 2004 los primeros estudios sobre la sustancias generaron información científica de calidad. Esta información se recopiló en el libro *Pasta base de cocaína. Prácticas y gestión de riesgos en adolescentes uruguayos* (Presidencia de la República, 2006). En el capítulo titulado "Componentes básicos de la pasta base de cocaína que se incauta en Uruguay" se informó que:

> Hasta la fecha las sustancias encontradas han sido: cocaína (la pasta base presenta cocaína y diversas impurezas que oscilan entre el 9 % y el 0.01 % con respecto a esta última en la fracción básica), benzoato de metilo, benzoilecgonina, ecgonina, nor–cocaína, cis-cinnamoyl-cocaína, trans-cinnamoylcocaína, truxillinas, tropacocaína y otras sustancias que no han podido ser identificadas hasta el momento.

En esos años la PBC incautada que se recibía no venía adulterada con cafeína (Umpiérrez y otros, 2006; Umpiérrez y otros, 2008).

A principios de la década del 2000 se encontraba la PBC adulterada con lidocaína o benzocaína (Decreto 554-007). A fines de la década del 2000 se encontraba la cocaína adulterada con cafeína (Meikle y otros, 2009; Moraes y otros, 2010; Carriquiry y otros, 2011) y al principio de la década del 2010 aparecieron en el Uruguay muestras adulteradas con levamizol y fenacetina (Umpiérrez y otros, 2012; Hikichi y otros, 2013).

A medida que ha pasado el tiempo, la pureza de las incautaciones ha venido variando y se han empezado a encontrar adulterantes recurrentes, como la cafeína, que fue aumentando su porcentaje. Este hecho llevó a que en el año 2015 la cafeína en Uruguay pasara a ser sustancia controlada (Decreto 41-015).

A pesar de esta nueva reglamentación en incautaciones analizadas el año 2015, para identificar nuevas sustancias psicotrópicas se encontró como adulterante la mezcla ácido acetilsalicílico y cafeína, lo cual hace sospechar que se estén utilizando comprimidos de ácido acetilsalicílico y cafeína para estirar las nuevas sustancias psicotrópicas.

La variación observada en la composición de las sustancias determina que debe existir un monitoreo permanente y representativo de las incautaciones para prevenir al sistema de salud sobre los adulterantes que la PBC tiene y actualizarlo regularmente.

1.2. Más de diez años tras la composición de la PBC

A inicios del 2004 los medios de prensa en Uruguay se hacían eco de distintas versiones de técnicos que opinaban sobre la composición de la pasta base sin ningún respaldo científico. Esto generó ríos de tinta y muchas entrevistas especulativas sobre su composición.

Para entender esto, es importante describir cómo es el proceso de obtención de la cocaína en sus distintas etapas y en sus distintas formas.

La cocaína se extrae de las hojas de la planta *Erythroxylium*. Existen 51 especies de ella, de las cuales 22 aún no han sido estudiadas detalladamente. Normalmente se extrae el alcaloide cocaína de las especies *Erythroxylum coca* y *Erythroxylum novogranatense*, así como de sus variedades.

Para hacer esto hay varias “recetas” y estas son características de los “cocineros” que las preparan y de los reactivos químicos a los cuales tengan acceso para hacer la purificación. Hay tres recetas básicas y sobre estas están las variantes.

Una de esas formas es macerar las hojas de coca con un solvente, bases alcalinas y ácido sulfúrico. De esta primera etapa se obtiene la pasta base o pasta base lavada. Lo cual da una cocaína básica (fumable) con distintos grados de contaminantes. Su aspecto es ligeramente amarillento, amorfa.

En una segunda etapa, por ejemplo, se utiliza permanganato, acetona y ácido clorhídrico y de esta etapa se obtiene el clorhidrato de cocaína (forma no fumable).

Existe la posibilidad de una tercera etapa, si lo que se desea es nuevamente una cocaína fumable pero más pura que la pasta base y, para ello, se parte de clorhidrato de cocaína y se puede utilizar éter etílico, una base suave y calor o bicarbonato o amoníaco. Este proceso lleva al crack o a la cocaína base libre (libre de impurezas).

De este simple detalle ya se observa que hay dos formas de consumir cocaína: bajo su forma básica, que es libre y por lo tanto volatilizable, y bajo la forma de sal (clorhidrato) que la hace soluble en agua y por lo tanto absorbible por las mucosas nasales, el estómago o por vía inyectable.

A principio de la era PBC en Uruguay (2002-2005) se emitían aseveraciones sobre los efectos del consumo de la PBC en las personas que la utilizan, tales como que los consumidores fallecían luego de seis meses de consumir la sustancia, porque esa droga mataba. Estos efectos eran atribuidos a la presencia de solventes utilizados durante el procesamiento de las hojas de la planta, debido a que es el residuo del proceso de purificación del clorhidrato de cocaína o a que los efectos se debían al sulfato de cocaína.

La idea de definir a esta sustancia como una “nueva” droga partía de una premisa incorrecta: la pasta base existía desde antes del descubrimiento de América y de hecho en la bibliografía internacional hubo un auge importante de su estudio en la época del setenta, en particular por el Prof. Laurent Rivier (Holmsted y otros, 1979; Balick y otros, 1982; Rivier y otros, 1981).

Las publicaciones realizadas en la década de 1970 se encontraban lógicamente en fechas actuales desactualizadas, debido a que la gran mayoría de productos químicos que se usaban en esa época estaban controlados y ya no eran utilizados.

Con la finalidad de conocer la composición química de la PBC que se comercializaba en Uruguay se realizó el análisis de muestras de incautación que se obtuvieron por distintas vías, entre ellas muestras suministradas por consumidores o familiares de estos que estaban preocupados por lo que consumían. Al iniciar el estudio las muestras se obtuvieron por intermedio de expedientes del Poder Ejecutivo-Poder Judicial o por trabajo conjunto con el Laboratorio Químico de la Policía Técnica o con la Dirección Nacional de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas y Productos Químicos- Ministerio del Interior.

Con el fin de obtener información comparativa en los diferentes períodos fue desarrollado un protocolo de análisis que se realizó en el transcurso del tiempo. En total, al momento actual, se analizaron más de 200 muestras puntuales en estos diez años.

Como base inicial se tomó el protocolo que tiene definido Naciones Unidas para el análisis de incautaciones de cocaína (Methods for impurity profiling of Heroin and Cocaine, United Nations Office on Drugs and Crime, 2005).

Reacción colorimétrica

En el comienzo de 2000 la sociedad tenía la hipótesis de que la sustancia comercializada no siempre era cocaína. Por ello, el primer paso fue realizar una prueba colorimétrica con tiocianato de cobalto para comprobar la presencia de cocaína (presuntiva), que dio un resultado positivo para todas las incautaciones analizadas. Este ensayo se sigue aplicando al día de hoy y es un buen método preliminar de identificación, pero no debe ser utilizado como método confirmatorio.

Ensayo de solubilidad

Luego se procedió a hacer un ensayo de solubilidad a fin de constatar si se trataba de sales o no. Para ello se pesan masas que oscilan entre los 30-40 mg y se las intenta disolver en cantidades iguales de agua, Dimetilsulfóxido (DMSO), metanol y propilenglicol. El resultado fue una disolución total en DMSO y metanol, y una disolución prácticamente nula en agua y propilenglicol,

lo cual implica que no es una sal. Este ensayo es engañoso, porque depende también de los adulterantes y diluyentes utilizados. Al principio era muy representativo, porque las muestras presentaban una alta pureza de cocaína, pero posteriormente se dejó de hacer.

Existía también la concepción de que la PBC era sulfato de cocaína o clorhidrato de cocaína. Como la PBC se fuma y se inhala, a priori se podía descartar esta afirmación con un poco de conocimiento de química. Pero a los efectos de demostrarlo, se hicieron análisis sistemáticos para buscar los aniones sulfato y cloruro asociados a esas sales.

Sulfato

El siguiente paso fue la determinación de la presencia del anión sulfato. Para ello, se colocan 10 mg de muestra en un tubo de ensayo y se le agrega 1 ml de agua destilada. Se agita y se retira la capa acuosa. A 1 gota de esta se le adiciona 1 o 2 gotas de solución saturada de cloruro de bario para determinar la presencia del anión sulfato. Se agita nuevamente. La formación de precipitado blanco indica la presencia del anión sulfato.

Todas las muestras analizadas resultaron negativas para sulfato (N=123).

Este ensayo se realizó desde un inicio hasta el 2010, cuando ya nadie cuestionó más que pudiera ser un sulfato de cocaína. (Nota: En algunos países del Pacífico se le dice sulfato a la PBC, porque fue purificada usando ácido sulfúrico, pero no porque sea una sal de sulfato).

Clorhidrato

El siguiente paso fue la determinación de la presencia del anión cloruro. Para ello, se colocan 10 mg de muestra en un tubo de ensayo y se le agrega 1 ml de agua destilada. Se agita y se retira la capa acuosa. Se agrega gota a gota a esta una solución de nitrato de plata (5 %). La ausencia de un precipitado indica la ausencia de ion cloruro. Todas las muestras analizadas resultaron negativas para ambos iones (N=98).

Este ensayo sirve para ver la presencia de cloruro, pero no es específico de los clorhidrato de cocaína, por lo cual cuando empezaron a adulterar la cocaína con otras sustancias nitrogenadas (lidocaína, benzocaína, etc.) dejó de ser específico y por lo tanto útil, ya que la ausencia de cloruro es presencia de PBC, pero la presencia de cloruro no implica inequívocamente la presencia de clorhidrato de cocaína.

Otros alcaloides

Para determinar la pureza de las distintas muestras de cocaína, las Naciones Unidas indican en sus protocolos la realización de cromatografía en capa fina (TLC), técnica ampliamente descrita y aplicada. Pero dicha técnica no

resultó de mucha utilidad a la hora de analizar muestras de PBC, debido a la gran cantidad y diversidad de impurezas de la hoja de coca presentes en esta, las cuales interfieren en el mencionado método o simplemente no pueden ser identificadas por él.

Por este motivo se desarrollaron otras técnicas cromatográficas alternativas para poder separar, identificar y, cuando fue posible, cuantificar las distintas impurezas orgánicas presentes en la PBC que se comercializa en el Uruguay.

Para este trabajo en particular, las técnicas aplicadas fueron las siguientes: TLC, HS-GC/MS, HS-SPME/GC/MS y GC/MS.

Cromatografía en capa fina (TLC)

Se realizaron numerosas cromatografías en capa fina (TLC) con distintas fases móviles, pero los resultados obtenidos mostraron una pobre separación entre los diversos alcaloides presentes y los adulterantes.

Head Space-Cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas

La técnica se basa en la introducción de la muestra en fase vapor por espacio de cabeza (*Head Space* o HS) a un cromatógrafo de gases acoplado a un espectrómetro de masas (GC/MS). Es una técnica combinada que en nuestro laboratorio está automatizada y es conocida como HS-GC/MS. Es muy utilizada para la determinación de vapores de sustancias volátiles. A pesar de no tratarse de sales de cocaína y por ende de no encontrarse protonadas, la detección por Head Space estático a 60 ºC fue de baja recuperación, dado que no hay picos cromatográficos a tiempos mayores a 2 minutos. Esta técnica sirve para detectar solventes y compuestos orgánicos volátiles.

Esta técnica fue utilizada en 198 muestras y solo en 3 de ellas, en todos estos años, reveló la presencia de solventes. Es decir que en aproximadamente en el 99 % de las muestras no hubo presencia de solventes. Esto debe conceptualizarse en dos hechos relevantes: 1) que no se supo cuánto tiempo llevaron las muestras entre que fueron incautadas y nos fueron entregadas y de cómo fue su forma de conservación para garantizar la presencia de solventes; 2) no se puede saber el tiempo que pasó entre que la PBC fue procesada de la hoja de coca y el tiempo en que le llevó llegar al país, ni sus condiciones de traslado y almacenamiento.

Head Space-Microextracción en fase sólida-Cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas

La técnica de usar microextracción en fase sólida (SPME) es una técnica para concentrar la sustancia a analizar en una muestra. En este caso particular se introduce la muestra en un vial y se calienta para que pase a fase vapor en

el espacio de cabeza (*Head Space* o HS), se le coloca una fibra de SPME para concentrar las sustancias a analizar y esta fibra se introduce posteriormente en un cromatógrafo de gases acoplado a un espectrómetro de masas (GC/MS). Es una técnica combinada que en nuestro laboratorio está automatizada y es conocida como HS-SPME-GC/MS. Es muy utilizada para la determinación de trazas de sustancias que sean volátiles o semivolátiles.

A pesar de no tratarse de sales de cocaína y por ende de no encontrarse protonadas, la detección por *Head Space* estático a 60 ºC por ambos métodos fue de baja recuperación, como se puede observar en el cromatograma de la figura 1.

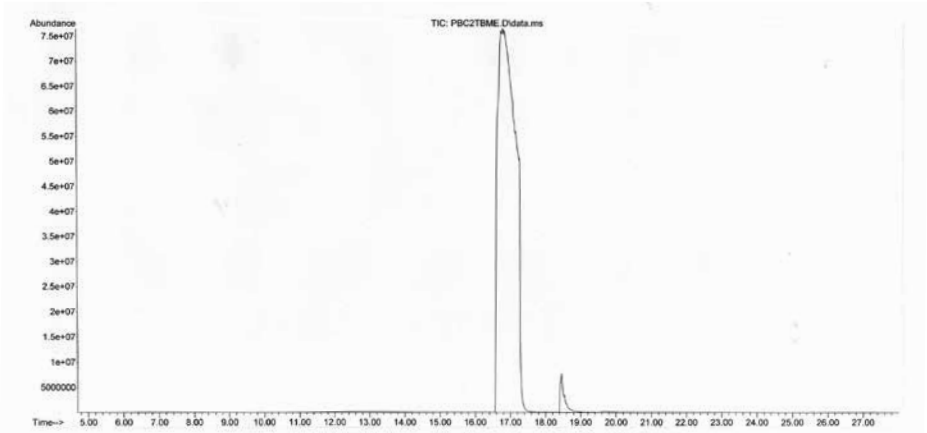

Figura 1. Cromatograma correspondiente a una de las incautaciones, obtenido por HS-SPME-GC/MS.

En este cromatograma se puede observar un pico mayoritario que corresponde a la cocaína y un pico pequeño a mayor tiempo de retención (la derecha) que corresponde a la cinamoylcocaína (otro alcaloide natural de la hoja de coca).

Cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas (GC/MS)

Este ensayo implica analizar la muestra en un cromatógrafo de gases acoplado a un espectrómetro de masas (GC/MS). Extracciones realizadas en distintas condiciones de pH y solventes de extracción permitieron identificar otros alcaloides que se encuentran en la PBC que se comercializa en Uruguay, “como ecgonina, ecgoninametil éster, trans-cinamoilcocaína, cis-cinamoilcocaína, benzoato de metilo, ácido cinámico, anhidrococaína, los artefactos de las truxilinas y otras sustancias que no han podido ser

identificadas hasta el momento", tal cual lo describimos en el libro *Pasta base de cocaína* (Presidencia de la República, 2007) y que ya estaban descriptos en la literatura (Moore y otros, 1987; Lurie y otros,1990; Plowman y otros, 1983; Moore y otros, 1996).

La publicación de Novak informa que alcaloides de la hoja de coca se conocían antes de la crisis de la PBC de Uruguay (Novak y otros, 1984).

Posteriormente se pudieron identificar varias 2,3-dihidroxy-3-fenilpropilecgoninas en las muestras recibidas en Uruguay (Umpiérrez y otros, 2010).

Las truxilinas aún se siguen caracterizando (Umpiérrez y otros, 2011; Sauvain y otros, 1997).

Dichos alcaloides normalmente no se encuentran en las incautaciones de clorhidrato de cocaína en forma significativa, dado que están en la hoja de coca y se ven en la etapa intermedia de purificación de la cocaína (PBC) y se pierden en la purificación al clorhidrato de cocaína.

Algunos alcaloides que se detectan ni siquiera han sido reportados en las hojas de coca, dado que son artefactos que se generan en la purificación de la cocaína de la hoja de coca y dependen de los reactivos químicos que se utilicen.

A modo de ejemplo se ilustra en la figura 2 el cromatograma de una muestra de pasta base incautada de la primera época (2003-2010). En el cromatograma se observan varios picos y se detallan en la figura los nombres de las sustancias/alcaloides involucrados, que son: benzoato de metilo, ácido cinámico, ecgonidinametil éster, ecgoninametil éster, trihidroxibenzilecgonina, cocaína, cis-cinamoilcocaína, trans-cinamoilcocaína.

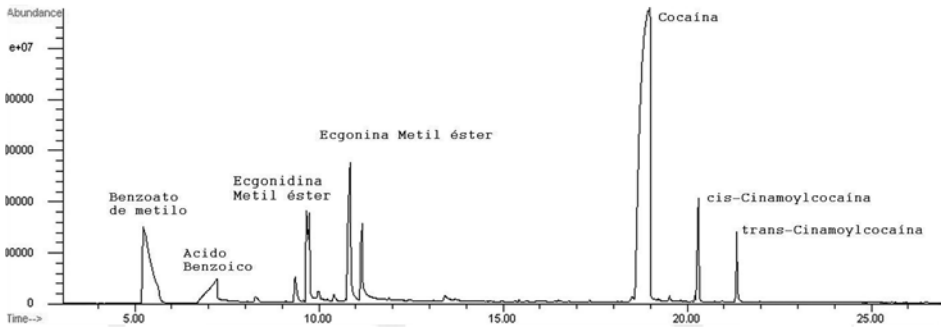

Figura 2. Cromatograma de una muestra de PBC donde se observan los distintos alcaloides encontrados por GC/MS.

Los cromatogramas fueron obtenidos en un cromatógrafo Hewlett-Packard 5890 acoplado a un espectrómetro de masas 5972, utilizando una columna HP5-MS de 30 metros de 0.25 mm de diámetro y con una película de fase estacionaria de 0.25 micras. Las condiciones cromatográficas fueron: Inyección Split con una relación 1:50 con un flujo de 0.9 ml/min. de helio, la adquisición del masas fue método scan con un barrido de 45 a 550 uma. La temperatura del inyector fue de 250 ºC y las condiciones del horno fueron temperatura inicial 90 ºC durante 2 min., una rampa de 10 ºC/min. hasta 300 ºC se mantiene 5 min. La temperatura de la interfase fue de 280 ºC.

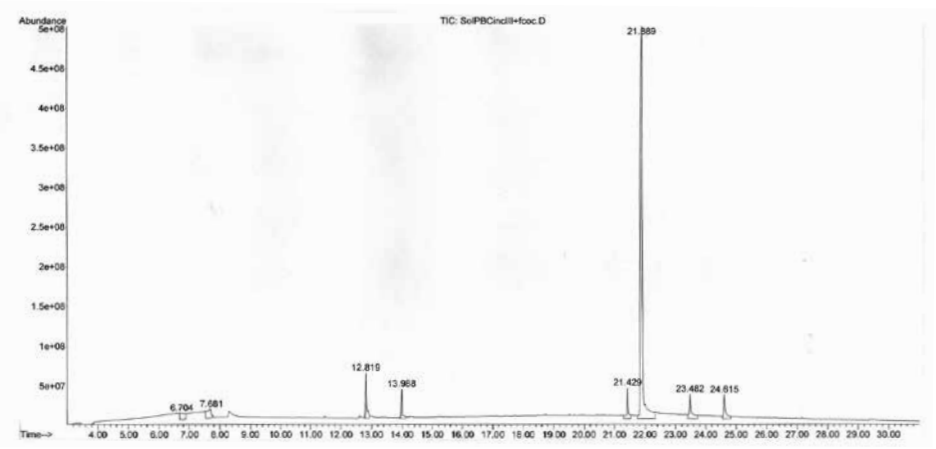

Figura 3. Cromatograma de incautación de PBC 2009.

En la figura 3 se presenta otro cromatograma hecho en las mismas condiciones, pero de otra incautación típica de aquella época, mucho más pura, donde se ven menos impurezas. El pico a 21.88 min. corresponde a la cocaína, los picos a 23,24 y 24,62 a la cis-cinamoilcocaína y trans-cinamoilcocaína. El pico a 21,42 min. es el estándar interno fluorococaína. Y en tiempos menores ecgonina metil éster y ecgonidina metil éster (figura 4).

En la figura 4 adjuntamos un cromatograma actual de una muestra de pasta base, donde se ve bien la diferencia con al anterior. Aparecen varios picos intensos: el primero a 12.94 min. es fenacetina, a 14.51 min. es cafeína, a 15.39 es aminopirina y a 18.15 es cocaína. Ya no es la cocaína el componente principal y aparecen los adulterantes a un mismo nivel cafeína, fenacetina y aminopirina. La fenacetina fue sintetizada en 1920 y fue utilizada como analgésico para bajar la fiebre, hasta que en 1980 fue incluida en la lista de sustancias cancerígenas y fue prohibida en Estados Unidos en 1983. La

aminopirina es un analgésico, antiinflamatorio y antipirético que tiene riesgo de agranulocitosis. (http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/6009#section=Pharmacology-and-Biochemistry).

Para la preparación de la muestra, la forma más práctica después de confirmar que se trata de una base, es disolver 1 mg de incautación en 10 ml de metanol, filtrar y agregarle 50 µL de una solución 1 ppm de cocaína-D3 como estándar interno, para la identificación y la cuantificación de cocaína.

1.3. Implicancias de la vía de administración en la composición química

Es muy importante resaltar que la vía de administración de la PBC o de las cocaínas fumables es muy distinta a la del clorhidrato de cocaína. Las cocaínas fumables se calientan para pasarlas a fase vapor e inhalarlas

Esta vía presenta dos aspectos muy importantes: uno es la rapidez con que llega al cerebro y el otro en lo que respecta a que ingresa al cuerpo, ya que por experiencias previas se sabía que la cocaína al ser expuesta al calor se transforma en otro alcaloide: la anhidro ecgonina metil éster o ecgonidina metil éster (NIDA, 1990).

Este alcaloide ya lo tenemos presente como artefacto, por ejemplo en las figuras 2 y 3, y por ello se cambiaron las condiciones del GC/MS bajando la temperatura del inyector a 200 ºC y de esa forma se evita el artefacto figura 4.

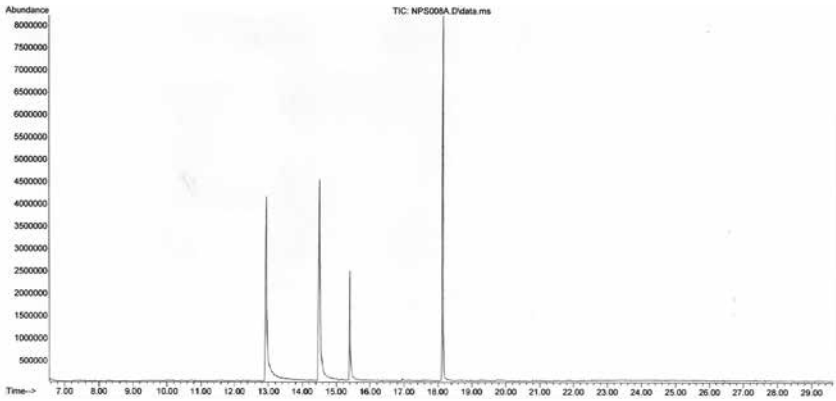

Figura 4. Cromatograma de muestra de PBC 2015.

En base a esto se realizaron varios trabajos probando la pirolización de la PBC en un recipiente cerrado para ser más una pirolisis y en tubo abierto para simular las condiciones de una combustión/pirolisis que se asemeja más

a lo que ocurre en la pipa y de ahí se encontró que partiendo de una PBC con un perfil simple, figura 3, y calentándola con una llama en un recipiente de vidrio los vapores desprendidos daban un perfil cromatográfico muy distinto (ver figura 5).

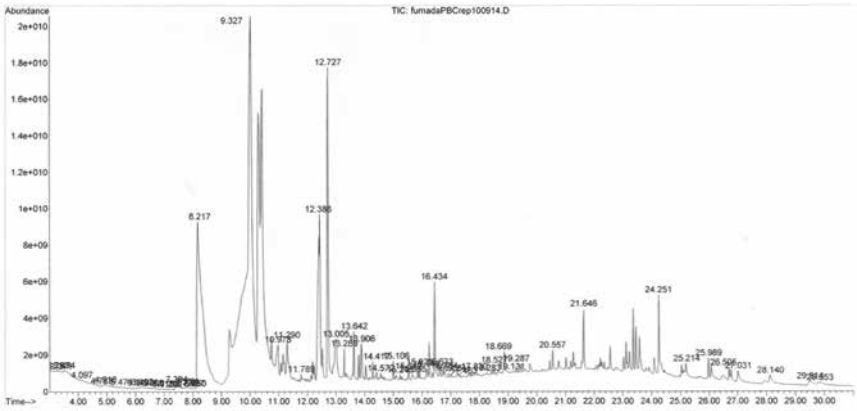

Figura 5. Cromatograma de PBC fumada.

En este cromatograma se observa cómo el pico de la cocaína a 21,55 min. se reduce casi totalmente para generar otros picos de productos de pirolisis, entre los cuales está a 12,73 min. la ecgonidina metil éster. Estos vapores son los que se inhalan (Umpiérrez y otros, 2010).

Este ejemplo nos lleva a recordar un principio básico: lo que importa es lo que ingresa al cuerpo humano y no de lo que se parte. Por ejemplo, en la discusión composición del cannabis vs. composición del humo de fumar cannabis.

Para lograr más repetitividad en el análisis de humo que se genera al consumir PBC, se consiguió prestado gentilmente de CITMPSA un pirolizador para analizar el humo (Umpiérrez y otros, 2011), lo cual nos permitió generar el siguiente perfil de cómo afecta la temperatura de calentamiento en la composición de los vapores de PBC que se fuma (figura 6).

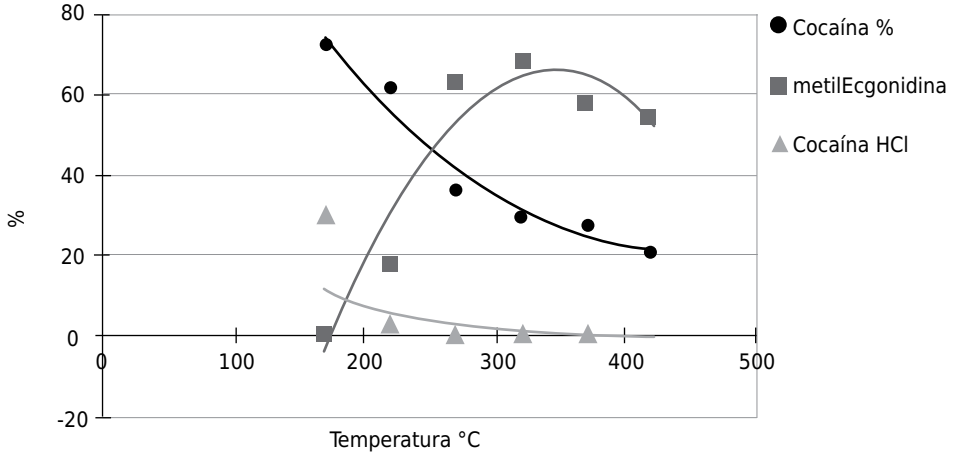

Figura 6. Efecto de la temperatura en la composición de los vapores de PBC fumada.

En esta grafica se pueden observar tres efectos:

1. Si seguimos la línea de la cocaína apreciamos cómo al aumentar la temperatura va disminuyendo la concentración de vapor de cocaína que se genera. Esto implica que se está transformando o descomponiendo.
2. Al analizar el contenido de ecgonidina metil éster se observa cómo este va aumentando en fase vapor a medida que aumenta la temperatura hasta unos 350 ºC, punto en que también comienza a descomponerse.
3. Habiéndose partido de 100 % se observa que no toda la cocaína se volatiliza a 180 ºC, ni todo se transforma en ecgonidina metil éster.

Por otra parte se aprovechó la oportunidad para probar la volatilidad del clorhidrato de cocaína a distintas temperaturas, observando que no se volatiliza y no se descompone en ecgonidina metil éster, sino que se descompone en moléculas más pequeñas.

El agregado de fenacetina y cafeína mejora la transformación de cocaína en ecgonidina metil éster y su volatilización (Sabogal y otros, 2011).

La ecgonidina metil éster ya era descrita en publicaciones sobre crack y como un indicador biológico de su consumo (Buddha y otros, 2005), pero no se encontró en la literatura información sobre su neurotoxicidad, hasta en que el año 2012, en Brasil, se publica la tesis de doctorado de Tania Marcourakis (García y otros, 2012).

1.4. Semántica

En Latinoamérica el idioma que se habla mayoritariamente es el español, pero existen diferentes términos para nombrar sustancias iguales, hecho del cual no están exentas las sustancias químicas de uso recreativo y las cocaínas fumables son un buen ejemplo (Castaño, 2000). Llamamos a una misma sustancia por distintos nombres y llamamos igual a cosas distintas.

En el Río de la Plata, en Argentina a la PBC se le denomina *paco* y se declara que es una sustancia producto del residuo de la obtención del clorhidrato de cocaína, mientras en Uruguay se le denominaba PBC al producto intermedio de la hoja de coca al clorhidrato. En Brasil se le llama *cracky*.

Después del año 2010 también en Argentina y Brasil se comenzaron estudios científicos de las composiciones de estas cocaínas fumables y en conjunto el Instituto Polo Tecnológico de Pando de la Facultad de Química de la Universidad de la República de Uruguay, la Cátedra de Toxicología y Química Legal de la Facultad de Farmacia y Bioquímica Universidad de Buenos Aires y el Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas de la Faculdade de Ciências Farmacêuticas de la Universidad de San Pablo, llegaron a la conclusión de que los diferentes términos se refieren a la misma sustancia.

1.5. Conclusiones

Los resultados obtenidos en cuanto a los ensayos de solubilidad y determinación del anión sulfato nos demuestran que PBC (que se comercializa en el Uruguay) no es lo mismo que sulfato de cocaína, sino que se trata de dos productos totalmente diferentes.

Asimismo, podemos concluir que no se trata de un residuo del proceso de purificación de la cocaína, ya que, como se observó en los cromatogramas obtenidos por GC/MS, el pico correspondiente a la cocaína es el de mayor concentración históricamente.

Las distintas muestras incautadas y analizadas han demostrado en el tiempo una gran variabilidad en sus composiciones, indicativa de que se está cambiando su composición permanentemente. Lo cual implica hacer un seguimiento regular.

Se puede observar también que el método más adecuado para lograr la correcta identificación y cuantificación de las distintas impurezas y de los diversos alcaloides presentes en la PBC es el uso de un cromatógrafo de gases acoplado a un espectrómetro de masas (GC/MS).

Para poder cuantificar los distintos alcaloides presentes en las incautaciones es necesaria la obtención de estándares certificados de los

distintos alcaloides, lo cual es costoso y dificultoso, ya que no existen muchos proveedores que lo suministren y mucho menos para países de Sudamérica. Existen estándares que no se pueden exportar a determinados países de Sudamérica. Además, para determinados alcaloides aún no existen estándares certificados.

Por otra parte, estamos encontrando en distintos países de Sudamérica (Argentina, Chile, Brasil) que la composición de las cocaínas fumables está cambiando. Y eso nos deja un nuevo reto: continuar la búsqueda de los adulterantes que se están usando.

Afortunadamente, Uruguay ha implementado un Sistema de Alerta Temprana de la Junta Nacional de Drogas, del cual somos partícipes y esto nos permitirá hacer un seguimiento de las incautaciones o muestras que circulan en el país y generar alertas tempranas al sistema de salud sobre qué sustancias se están consumiendo y qué adulterantes contienen.

Esto nos lleva a un hecho irrefutable y es que el problema de las cocaínas fumables es un problema de Latinoamérica y para poder generar conocimiento científico al respecto se deben apoyar líneas de investigación en el tema y realizar un monitoreo en tiempo real de lo que se consume.

Agradecimientos

Lic. Milton Romani, Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República, Uruguay.

Q.F. Martha Lidner, Laboratorio de Policía Técnica, Ministerio del Interior, Uruguay.

Lic. Quím. Mónica Santos, Dirección General de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas, Narcóticos Ministerio del Interior, Uruguay.

Dra. Cecilia Scorza, Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable, Montevideo, Uruguay.

A todos los ayudantes que han pasado estos años por el Laboratorio de Análisis Orgánico del Departamento de Química Orgánica de la Facultad de Química, que se han visto involucrados con alguna parte de este trabajo, así como a los asistentes y ayudantes de la Unidad de Medio Ambiente, Drogas y Doping del Instituto Polo Tecnológico de Pando de la Facultad de Química.

Referencias bibliográficas

BALICK, M. J.; RIVIER, L.; PLOWMAN, T. (1982): “The effects of field preservation on alkaloid content of fresh Coca leaves (ERYTHROXYLUM SPP)”. *Journal of Ethnopharmacology*, 6, pp. 287-291.

BUDDHA, D. P.; SHAIROSE, L.; THOMAS, B.; AARON, J. J.; HUESTIS, M. A. (2005): "Concentration profiles of cocaine, pyrolytic methyl ecgonidine and thirteen metabolites in human blood and urine: determination by gas chromatography-mass spectrometry", *Biomedical Chromatography*, Volume 19, Issue 9, pages 677-688.

CASTAÑO P. (2000): "Cocaínas fumables", *Adicciones 2000*, 12(4): 541-550.

CHIANG, N. y HAWKS, R. (1990): "Research findings on smoking of abused substances". *NIDA Research Monograph* 99. NIDA: National Institute on Drug Abuse.

GARCÍA R.; DATI L.; FUKUDA, S.; Torres, L.; MOURA, S.; CARVALHO, N. y otros (2012): "Neurotoxicity of Anhydroecgonine Methyl Ester, a Crack Cocaine Pyrolysis Product". *Toxicological Sciences* 128(1), 223-234.

GOLDSTEIN R. A.; DESLAURIERS, C.; BURDA, A. M. (2009): Cocaine: History, Social Implications, and Toxicity: a review. DisMon. Jan; 55(1):6-38. doi: 10.1016/j. disamonth.2008.10.002.

HIKICHI, N.; BONDA, J.; LERENA, E. (2013): "Adulterantes de cocaína: levamisol y fenacetina. Presencia en huesos y otras muestras forenses". Resúmenes del 9º Congreso Regional Latinoamericano de TIAFT. URUTIAFT. Cienc. Forense Latinoam. (Suplem): 68.

HOLMSTED, B.; LINDGREN, J.; RIVIER, L. (1979): "Cocaine in blood of coca chewer". *Journal of Ethnopharmacology* 1, pp. 69-78.

JENNIFER, R.; MALLETTE, J. R.; CASALE, J. F. (2014): "Rapid determination of the isomeric truxillines in illicit cocaine viacapillary gas chromatography/flame ionization detection and theiruse and implication in the determination of cocaine origin andtrafficking routes". *Journal of Chromatography* A, 1364, pp. 234-240.

LÓPEZ, M. X.; PRIETO, J. P.; MEIKLE, M. N.; URBANAVICIUS, J.; ABIN-CARRIQUIRY, J. A.; PRUNELL, G. y otros (2011): "Coca-paste seized samples characterization: chemical analysis, stimulating effect in rats and relevance of caffeine as a major adulterant". *Behavioural Brain Research* 221, 134-141.

LURIE, I. S.; MOORE, M. J.; KRAM, T. C.; COOPER, D. A. (1990): "Isolation, identification and separation of isomeric truxillines in illicit cocaine". *Journal of Chromatography*, 504, pp. 391-401.

MEIKLE, M. N.; URBANAVICIUS, J.; PRUNELL, G.; UMPIÉRREZ, E.; ABÍN-CARRIQUIRY, J. A.; SCORZA, M. C. (2009): "Primer estudio pre-clínico de la acción de pasta base de cocaína en el sistema nervioso central". *Rev. Psiquiatr. Urug.*, 73(1): 25-36.

MOORE, J.; COOPER, D.; LURIE, I.; KRAM, T.; CARR, S.; HARPER, C. y otros (1987): "Capillary gas chromatographic-electron capture detection of coca-leaf-related impurities in illicit cocaine: 2,4-diphenylcyclobutane-1,3-dicarboxylic acids, 1,4-diphenylcyclobutane-2,3-dicarboxylic acids and their alkaloidal precursors, the truxillines". *Journal of Chromatography*, 410: 297-318.

MOORE, J. M.; CASALE, F. J.; COOPER, D. A. (1996): "Comparative determination of total isomeric truxillines in illicit, refined, South American cocaine hydrochloride using capillary gas chromatography-electron capture detection"; *Journal of Chromatography* A, 756: 193-201.

MORAES, M.; SCORZA, M. C.; ABIN-CARRIQUIRY, J. A.; PASCALE, A.; GONZÁLEZ, G.; UMPIÉRREZ, E. (2010): "Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones". *Arch. Pediatr. Urug.*; 81(2): 100-104.

NOVAK, M.; SALEMINK, C. A.; KHAN, I. (1984): "Biological activity of the alkaloids of Erythroxylum Coca and Erythroxylum Novogranatense"; *Journal of Ethnopharmacology* 10, pp. 261-274.

NTP (National Toxicology Program) (2014): *Report on Carcinogens, Thirteenth Edition*. Research Triangle Park, NC: US. Department of Health and Human Services, Public Health Service. <http://ntp.niehs.nih.gov/pubhealth/roc/roc13/>.

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (UNODC) (2013): *Pasta básica de cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos (Perú)*.

PLOWMAN, T.; RIVIER, L. (1983): "Cocaine and cinnamoylcocaine content of Erythroxylum species". *Annals of Botany*, Volume 51, Issue 5, May, pp. 641-659.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY (2006): *Pasta base de cocaína. Prácticas y gestión de riesgos en adolescentes uruguayos*. En el capítulo: "Componentes básicos de la pasta base de cocaína que se incauta en Uruguay".

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY (2007): Pasta base de cocaína. JND (marzo 2007).

PUBCHEM, base de datos: <http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/6009#section=Pharmacology-and-Biochemistry>. Accedido el 30 de marzo de 2015.

RIVIER, L. (1981): "Analysis of alkaloids in leaves of cultivated erythroxylum and characterization of alkaline substances used during coca chewing". *Journal of Ethnopharmacology* 3, pp. 313-335.

SABOGAL, J. S. (2011): “Determinación de la composición química de drogas de abuso incautadas en Colombia durante el primer semestre de 2010”. Fase I: cocaína en muestras de basuco procedentes del laboratorio de estupefacientes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tesis de maestría.

SAUVAIN, M.; RERAT, C.; MORETTI, C.; SARAVIA, E.; ARRAZOLA, S.; GUTIÉRREZ, E. y otros (1997): “A study of the chemical composition of Erythroxylum coca var. Coca leaves collected in two ecological regions of Bolivia”. *Journal of Ethnopharmacology* 56, pp. 179-191.

UMPIÉRREZ, E. (2010): “Avances en el estudio de la pasta base de cocaína”. Presentación oral en el Primer Taller Uruguayo de Investigación Clínica y Básica en Pasta Base de Cocaína. Organizado por Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable (IIBCE), 20/12/2010, Montevideo-Uruguay.

UMPIÉRREZ, E. (2011): “Aportes desde la química al debate (pasta base, marihuana, análisis de humo”. Presentación oral en el Debate Nacional de Drogas, 29 al 31 de agosto del 2011. Organizan: Prolegal, El Abrojo e IELSUR.

UMPIÉRREZ, E. (2011): “Composición de pasta base de cocaína que se incauta en Uruguay”. Presentación oral en el II Congreso Internacional de Ciencias Forenses y Medicina Legal, Cuernavaca Morelos del 12 al 14 de mayo de 2011. Organizada por la Universidad Autónoma de Morelos, México.

UMPIÉRREZ, E.; BOINBASSER, L.; MOREIRA, V. (2010): “Composición cualitativa de sustancias presentes en fase vapor, después de fumar pasta base”. Presentación oral en XXVII Jornadas Interdisciplinarias de Toxicología, Buenos Aires, Argentina, 22 al 24 de setiembre de 2010.

UMPIÉRREZ, E.; DÍAZ, G. (2012): “Avances en el estudio de la pasta base de cocaína incautada - 2011”. *Revista Brasileira de Toxicología*, volumen 25, suplemento 1; agosto 2012. (R) página 155 ISSN: 1415-2983.

UMPIÉRREZ, E.; MAGRI, R.; SUÁREZ, H.; REGUEIRA, L.; RIVOIR, V.; ANDRADE, S. (2006): “Consumo de drogas ilícitas en detenidos recientes”. Segundo Congreso Regional TIAFT Sudamericano, Santiago de Chile, Chile, 23 al 26 de octubre de 2006.

UMPIÉRREZ, E.; MOREIRA, V.; PÉREZ, H.; VILLAGRÁN, V.; SANTANA, V. (2008): “Distintas técnicas cromatográficas para la identificación de impurezas presentes en la pasta base de cocaína (PBC) que se comercializa en Uruguay”. XII Congreso Latinoamericano de Cromatografía (COLACRO), realizado en la ciudad de Florianópolis, Brasil, del 28 al 30 de octubre de 2008.

UMPIÉRREZ, E.; MOREIRA, V.; VILLAGRÁN, V. (2008): “Investigación de alcaloides en la pasta base de cocaína (PBC) que se comercializa en Uruguay”, 4th South American Regional Meeting TIAFT y 3er Conferencia Latinoamericana sobre Accidentes Químicos, realizado en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, del 3 al 7 de noviembre de 2008.

Capítulo 2. Prevalencia del consumo de PBC durante el embarazo por autodeclaración

La prevalencia del uso de sustancias de uso recreativo o en contexto de abuso varía significativamente en diferentes publicaciones científicas. Esas diferencias pueden explicarse según la metodología de estudio empleadas. Pueden variar los sujetos incluidos en los diferentes estudios, según se realicen basados en datos de la población general, de poblaciones de riesgo o en contexto de tratamiento de adictos a drogas. Otro elemento importante a considerar es el instrumento utilizado para recabar los datos, que con mayor frecuencia, por su bajo costo y la facilidad para realizarlo, es la encuesta por autodeclaración.

Las investigaciones desarrolladas sobre las poblaciones de usuarios de PBC utilizan en la mayoría de los casos autodeclaración para identificar a los consumidores de la sustancia. Esta aproximación determina que la población incluida en el estudio esté representada por los usuarios que reconocen el uso de la sustancia o aquellos que se encuentran dentro de un estereotipo asignado a esta población por los diferentes actores sociales. Esta metodología tiene consecuencias sobre los resultados de prevalencia, porque las características que se describen de la población de consumidores de PBC estará sesgada por incluir a los consumidores con mayor adicción, con mayor vulnerabilidad o, dicho en otras palabras, los que se hacen más visibles a los investigadores, como se discute más adelante en esta obra.

En Uruguay, según la 5.ª Encuesta Nacional de Hogares sobre consumo de drogas que se realizó durante el año 2011; 1,9 % de la población consumió cocaína en el último año y 1,1 % consumió PBC en el mismo período. Al separar estos datos por sexo, el consumo de cocaína es mucho más frecuente en hombres, de 3,1 % en el último año, que en mujeres de 0,9 % en el mismo período. Para la PBC el consumo en los últimos 12 meses en la población general es de 0,4 %, correspondiendo 2 % a hombres y 0,4 % a mujeres.

La distribución del consumo de PBC no es igual en todo el Uruguay: mientras que en Montevideo, capital del país, asciende a 1,5 %, en el interior las cifras son de 0,7 %. Tampoco es uniforme la distribución de la incidencia de consumo de PBC en Montevideo: en los barrios o áreas geográficas donde se acumula la población con mayor vulnerabilidad el porcentaje de consumidores de PBC alcanza el 4 % de la muestra (Observatorio Uruguayo de Drogas, 2012). Estas zonas coinciden en su totalidad con las áreas geográficas de las cuales provienen las mujeres que atienden su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que es en donde se llevó a cabo la investigación sobre el consumo de PBC en el embarazo (http://www.pereirarossell.gub.uy/index.php/66-noticias-actualidad/241-informe-gestion-maternidad).

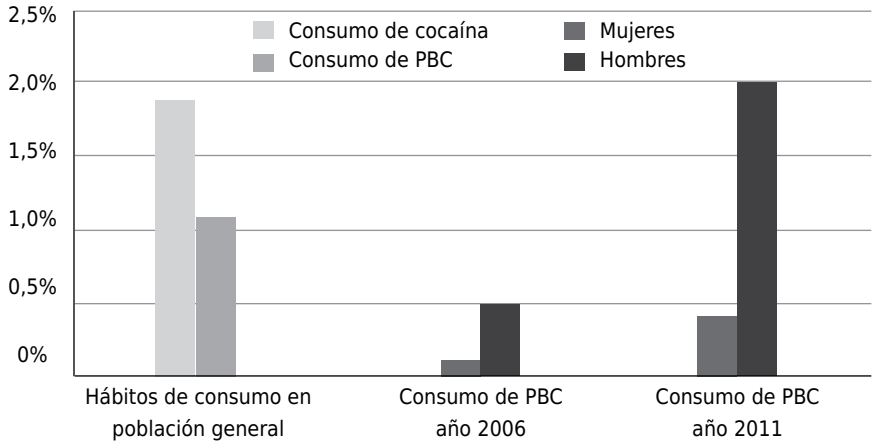

Figura 7. Encuesta Nacional de Hogares sobre consumo de drogas.

La 4.ª Encuesta de Hogares sobre consumo de drogas en Uruguay en el año 2006 informaba un consumo de cocaína en el último año de 1,4 % en la población general y de 0,3 % para PBC. Los hombres declararon consumir cocaína en los últimos 12 meses en 2,3 % de la muestra y las mujeres en 0,7 %. Para el consumo de PBC durante el último año en el 2006 el 0,5 % de los hombres declararon su consumo y el 0,1 % de las mujeres (Observatorio Uruguayo de Drogas, 2007).

En el estudio realizado por el grupo de investigación sobre una muestra representativa de 319 mujeres entrevistadas, casi el 20 % refirieron consumir drogas (marihuana, cocaína, PBC, inhalantes) antes del embarazo.

Frecuencia consumo drogas previo embarazo	Número de pacientes	Porcentaje
No consume	257	80,56
Una vez al mes	23	7,21
Una vez a la semana	10	3,13
1-3 veces por semana	7	2,19
Todos los días	22	6,9
Total	319	100

Tabla 1. Hábitos de consumo de usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell previo a embarazo en 2014.

Refiriéndonos específicamente a las mujeres durante el embarazo, se realizó un estudio en el año 2005 en el que se interrogó a quienes tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en las siguientes 48 horas del nacimiento de su hijo (Magri y otros, 2007). En ese año declararon consumo de PBC durante la gestación 0,4 % de la muestra. En el año 2011 (Moraes y otros, 2014) el 0,43 % de la muestra declaró consumir PBC durante la gestación y el 0,87 % declaró consumir cocaína. Estos datos coinciden plenamente con los reportados sobre el consumo de PBC en las mujeres en general en las Encuestas de Hogares sobre consumo de drogas.

Durante el año 2014 en una muestra de 319 mujeres que atendieron su parto en el mismo centro hospitalario, 4 declararon haber consumido PBC antes del embarazo, lo que corresponde a un 1,25 % de la muestra. Aunque existen leves variaciones del consumo de derivados de cocaína en las mujeres en Uruguay, basándonos en sus declaraciones el consumo de la sustancia es marginal, con respecto a las sustancias consumidas durante el embarazo, frente al 50 % que consume alcohol, 42,63 % que fuma y 4,62 % que declara consumir otras sustancias (cocaína, PBC, marihuana, drogas sintéticas, pegamentos).

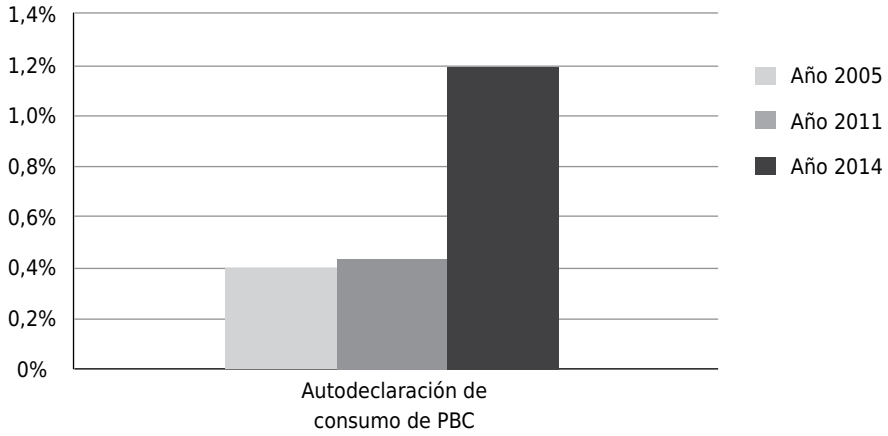

Figura 8. Autodeclaración de consumo de PBC en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

En Estados Unidos de Norteamérica se realiza en forma anual un relevamiento de consumo de drogas por intermedio de encuesta. Los datos se publican cada dos años y unifican los resultados de dicha encuesta anual. En ese país los datos de consumo de drogas en mujeres embarazadas de 15 a 44 años se encuentran estables si se compara el período 2007-2008 (5,1 % de drogas ilegales) con el período 2009-2010 (4,4 %) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011). Este dato es menor que lo declarado por las mujeres antes del embarazo, de 10,9 %, hecho que es coincidente en todas las publicaciones sobre la temática. La mujer luego de saber que está embarazada disminuye el consumo o deja de consumir sustancias de abuso. Los datos de Estados Unidos también muestran una variación con la edad de la mujer. Refiriéndose al consumo de sustancias tanto legales como ilegales en mujeres embarazadas en la franja etaria de 15-17 años, el porcentaje asciende a 16,2 %, de 18-25 años es de 7,4 % y de 26-44 años es de 1,9 %. Hay que realizar una salvedad con respecto al tabaco, porque los resultados actuales en este país demuestran que entre 15 y 17 años las adolescentes embarazadas fuman en un 22,7 % y las mujeres de la misma edad que no están cursando un embarazo fuman un 13,4 %. Este hecho se observa con otras drogas o conductas de riesgo, porque tanto el consumo de sustancias como el embarazo constituyen conductas de riesgo en estas poblaciones adolescentes.

Es importante destacar que el relevamiento de datos por autodeclaración no permite identificar la exposición a cocaína en una población con alto riesgo, para realizar una intervención oportuna y prevenir futuras complicaciones. En el caso de las usuarias mujeres que están cursando un embarazo y concurren para

dar a luz a su hijo, los estereotipos culturales determinan que la investigación se desarrolle sobre mujeres que se encuentran estigmatizadas por su apariencia física, su situación económica y familiar y sus características conductuales. Este hecho determina una mayor marginalización en el ámbito institucional. Conscientes de la situación a la cual se exponen, las mujeres niegan la utilización de la sustancia. Se suma a ello las implicancias que el reconocimiento del consumo de PBC tiene por las consecuencias médico-legales que implican sobre la futura capacidad de mantener a sus hijos con ellas o la posibilidad de amamantarlos. En Uruguay cuando se constata que la mujer sigue consumiendo PBC o cocaína se suspende la lactancia y se inhibe por intermedio de fármacos la producción de leche de la madre. La realización de encuestas de autodeclaración, en el mejor de los escenarios, permitirá identificar a las personas con mayor nivel de consumo, aquellas que no pueden ocultarlo y lo declaran o quienes son identificadas por el equipo de salud debido a características asignadas a esta población. Diferentes estudios internacionales coinciden con los resultados obtenidos por nuestro grupo de estudio. En aquellos se reporta un alto porcentaje de negación de consumo por las reacciones negativas observadas por las gestantes en el equipo de salud respecto a esta conducta (Bessa y otros, 2010).

Los resultados que presentaremos en los próximos capítulos son coincidentes con otros hallazgos de nuestras investigaciones (Moraes y otros, 2014). En la mayoría de los estudios internacionales sobre consumo de cocaína durante el embarazo, al comparar los resultados por autodeclaración con los de estudios en el meconio del recién nacido o en el pelo de la mujer se podrían identificar 1 de cada 4 a 1 de cada 6 fetos expuestos a la cocaína durante el embarazo (García-Serra y otros, 2012).

Referencias bibliográficas

BESSA, M. A.; MITSUHIRO, S. S.: CHALEM, E.; BARROS, M. M.; GUINSBURG, R.; LARANJEIRA, R. (2010): “Underreporting of use of cocaine and marijuana during the third trimester of gestation among pregnant adolescents”. *Addict Behav* 35: 266-9.

EYLER, F. D.; BEHNKE, M.; WOBIE, K.; GARVAN, C. W.; TEBBETT, I. (2005): “Relative ability of biologic specimens and interviews to detect prenatal cocaine use”. *Neurotoxicol Teratol* 27: 677-87.

FRIGULS, B.; JOYA, X.; GARCIA, J.; GÓMEZ-CULEBRAS, M.; PICHINI, S.; MARTINEZ, S. y otros (2012): “Assessment of exposure to drugs of abuse during pregnancy by hair analysis in a mediterranean island”. *Addiction*. 107 (8): 1471-1479.

GARCÍA-SERRA, J.; RAMIS, J.; SIMÓ, S.; JOYA, X.; PICHINI, S.; VALL, O. y otros (2012): "Matrices biológicas alternativas para detectar la exposición prenatal a drogas de abuso en el tercer trimestre de la gestación". *An Pediatr (Barc)*. 77(5): 323-328.

MORAES, M.; GONZÁLEZ, G.; SOSA, C.; UMPIÉRREZ, E.; GHIONE, A.; BERTA, S. y otros (2014): Características de la población expuesta a cocaína y pasta base de cocaína durante la gestación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. *Arch. Pediatr. Urug*. Vol. 85, n.° 3.

OBSERVATORIO URUGUAYO DE DROGAS (OUD) (2007): 4.ª Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas. Junta Nacional de Drogas.

— (2012): 5.ª Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas. Junta Nacional de Drogas.

MAGRI, R.; MÍGUEZ, H.; PARODI, V.; HUTSON, J.; SUÁREZ, H. y otros (2007): *Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. Arch. Pediatr. Urug*.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (2011): Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Capítulo 3. Generalidades de la metodología de la investigación

El diseño metodológico a ser utilizado en una investigación está vinculado directamente a la pregunta clínica u objetivo del estudio que se pretende contestar (Grimes y otros, 2002). En este caso específico, el objetivo era determinar la incidencia de diferentes consumos por parte de la embarazada en una población hospitalaria, por lo cual se planteó realizar un estudio descriptivo (Grimes y otros, 2002). Dado que el objetivo era conocer la prevalencia de consumos en todo el universo de pacientes que se atienden en el Centro Hospitalario Rossell, la muestra debería ser representativa de todas las pacientes asistidas. El estudio fue aceptado por el Comité de Ética del Centro Hospitalario, que atiende a la población proveniente de la ciudad de Montevideo, capital del país, con 1.319.108 habitantes en el año 2013, según el Instituto de Estadística y Censos. Además, concurren a tener su parto en este servicio de salud mujeres de ciudades periféricas de los departamentos aledaños. En el 2013, en Uruguay se registraron 48.645 nacimientos y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell 7.803 nacimientos. Esta es la mayor maternidad del país tanto a nivel público como privado. Los nacimientos que se registran en este centro corresponden a la población de bajos recursos socioeconómicos como quedara demostrado al describir las características sociodemográficas de la población incluida.

El equipo de investigación inicialmente había trabajado en una muestra de todos los nacimientos del Centro Hospitalario Pereira Rossell, pero que se realizó en un período limitado del año y restringido a madres con recién nacidos que tuvieran una edad gestacional mayor a 34 semanas. El motivo de esta última restricción fue que se intentó no considerar otros elementos asociados al embarazo (por ejemplo, prematurez) que también tuvieran efecto en el neurodesarrollo del niño (Morabia y otros, 1992). Si bien del punto de vista metodológico la restricción de la población le da mayor solidez al

análisis de asociaciones (excluyendo variables que están relacionadas con el resultado), nos pueden estar alejando de las características generales de la poblacional hospitalaria. Teóricamente, el grupo de pacientes elegidas en la primer muestra pudiera diferir en características en cuanto a las exposiciones al resto de la población, dado que en nacimientos con mayor patología (prematurez, bajo peso al nacer, etc.) pudiera existir un grupo con mayor exposición a los factores de riesgo evaluados (mayor prevalencia de alcohol, drogas, cigarrillo, etc.). A esa restricción de la selección de pacientes debe adicionarse que el primer estudio se realizó en meses puntuales (muestra por conveniencia) pudiendo existir a lo largo del año alteraciones en la exposición que se relacionan a períodos estacionarios (por ejemplo, mayor ingesta de alcohol o drogas en algún período del año). Por eso, si en el trabajo actual el objetivo era tener una muestra que representara a toda la población general, esta debió considerar un período que incluyera las variaciones estacionarias y, a la vez, que todas las pacientes tuvieran la oportunidad de ser seleccionadas para ser consideradas en el estudio. Por esa razón, en este estudio se planteó una muestra probabilística de todos los nacimientos (vivos y muertos) a lo largo de un año.

Para un tamaño muestral calculado para una población de aproximadamente 8000 partos anuales, con una proporción esperada de 9,6 % de muestras de meconio positiva, para un límite de corte de 5 ng/mg de meconio (Moraes y otros, 2011), con un nivel de confianza de 95% y una precisión de 4% (rango 5,6%-13,6%) se deben incluir 204 mujeres y sus recién nacidos en forma aleatorizada en un año. Para una proporción esperada de 6,5 %, para un límite de corte de 20 ng/mg de meconio (Moraes y otros, 2011), con un nivel de confianza de 95 % y una precisión de 4 % (rango 3,5-9,5 %) se deben incluir 254 mujeres y sus recién nacidos. Si se calcula un 20 % de muestras insuficientes o pérdidas de datos, se deben incluir 303 casos para mantener la potencia estadística (Daniel y otros, 1998; Carlin y otros, 2002). Una vez establecido el tamaño es importante que la muestra sea representativa del total de la población que está en la órbita del estudio y eso se logra mediante un muestreo probabilístico.

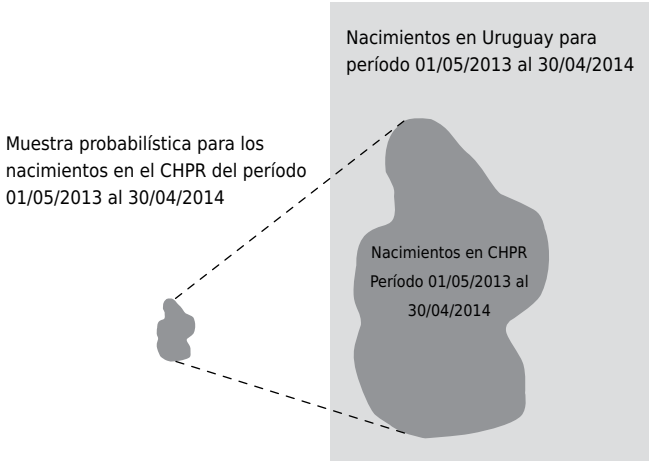

Figura 9. Representación gráfica de selección de muestra de estudio.

El muestreo probabilístico debe garantizar que cada paciente tenga las mismas oportunidades de ser seleccionada para ser ingresada al estudio (Daniel, 1998; Fowler, 2002). Esto se logra mediante la aleatorización que no tenga sesgos y de esa manera el resultado final será una muestra que representa a toda la población objetivo de la investigación. Desde punto de vista logístico, a la hora de hacer la selección se requiere tener a todos los sujetos registrados en una lista, para, así, mediante una aleatorización seleccionar a los que se van a invitar a ingresar al estudio. Para la selección de las embarazadas y sus recién nacidos y la toma de meconio para estudios bioquímicos, se consideró el cuaderno de registros de nacimientos en la maternidad (partos, cesáreas y muerte fetal) del Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell. De esa manera, el investigador tiene una lista de todos los recién nacidos (vivos y muertos), y en base a esa lista se toma al azar la cantidad de pacientes requeridas para ese día. El plan de muestreo se realizó en estratos, considerando primero la selección del día a realizar reclutamiento de pacientes y luego una selección del individuo en base al número de nacimientos (del día anterior). Para cada mes se tomaron 5 días al azar y de cada día se seleccionaba un total de 6 pacientes por muestreo probabilístico. Tanto para el mes (de 28 a 31 días) como para el número de nacimientos (desde un mínimo de 15 a un máximo de 30 nacimientos) se contaba con listas que permitieran que todas las pacientes tuvieran la misma oportunidad de ser seleccionadas. Una vez seleccionado el día a realizar la muestra, el investigador contaba con una listado aleatorizado, por el cual recababa datos de las pacientes seleccionadas en base a números preestablecidos al azar (por

ejemplo, paciente n.° 3, n.° 8, n.° 15, n.° 17, n.° 22 y n.° 27). Estos números se aplicaban al orden de nacimientos del día seleccionado.

El reclutamiento de pacientes fue llevado a cabo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital de la Mujer, en el período comprendido entre mayo de 2013 y abril del 2014.

Referencias bibliográficas

CARLIN, J. B.; DOYLE, L. W. (2002): "Sample size". *J. Paediatr. Child Health*, 38(3): 300-4.

DANIEL, W. W. (1998): "Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences." Seventh ed. John Wiley & Sons, Inc.

FOWLER, F. J. (2002): "Survey Research Methods". Third ed. Sage Publications.

GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. (2002): "An overview of clinical research: the lay of the land". *Lancet*, 359(9300), 57-61.

— (2002): "Descriptive studies: what they can and cannot do". *Lancet*, 359(9301), 145-9.

MORABIA, A. (1992): "Confounding in epidemiological studies". BMJ, 305(6863), 1225-6.

Capítulo 4. Identificación del consumo de PBC en mujeres durante el embarazo por análisis de meconio del recién nacido

Como hemos mencionado en el capítulo anterior, se realizó en el Centro Hospitalario Pereira Rossell una investigación sobre la población de usuarias de PBC en el período mayo 2013-abril 2014, del cual presentamos a continuación los resultados. En la tabla 2 se muestran las características de las mujeres incluidas en la población en estudio.

Variable	Categorías	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Edad	18 o menor	52	16,3
	19-34	241	75,5
	35 o mayor	26	8,15
Promedio 24,67	IC 23,96-25,37		
	Total	319	100
Estado civil	Casada	34	10,66
	Concubina*	184	57,68
	Soltera	98	30,7
	Divorciada	3	0,94
	Total	319	100
Años de estudio	Escuela** Secundaria*** - UTU# Universidad Total	123 188 8 319	38,56 58,93 2,51 100
Planificación del embarazo	Sí	137	42,95
	No	181	56,74
	No contesta	1	0,31
	Total	319	100

Variable	Categorías	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Vía del parto	Vaginal espontáneo	219	68,5
	Cesárea	94	29,47
	Instrumental	6	1,88
	Total	319	100
Tabaco	No Sí Total	183 136 319	57,37 42,63 100
Alcohol	No Sí No contesta Total	241 76 2 319	75,54 23,82 6,3 100
Raza	Blanca Mestiza Negra Total	204 98 17 319	63,95 30,72 5,33 100
Vive con su pareja	No Sí Total	79 240 319	24,76 75,24 100
Nivel de ingreso familiar##	No contesta Indigencia Pobreza Por encima de línea de pobreza Total	7 152 142 18 319	2,19 47,8 44,65 5,66 100

Tabla 2. Características de las mujeres incluidas en la muestra de estudio por muestreo al azar durante un año. *Más de un año viviendo con la misma pareja. La ley establece que se "considera unión concubinaria a la situación de hecho derivada de la comunidad de vida de dos personas —cualquiera sea su sexo, identidad, orientación u opción sexual— que mantienen una relación afectiva de índole sexual, de carácter exclusiva, singular, estable y permanente, sin estar unidas por matrimonio entre sí" (Ley 18.246). **Educación primaria, primeros 6 años de estudio. ***Educación secundaria, 6 a 12 años de estudio. #Universidad de Trabajo del Uruguay, entre 9 y 12 años de estudio. ##Según nivel de ingresos por escalas del Instituto Nacional de Estadística y Censo del Uruguay.

Como jefe de familia se consideró a la persona que la entrevistada reconocía con ese rótulo, independientemente de su sexo. Tomamos como referencia los conceptos del Instituto Nacional de Estadística y Censo del Uruguay.

> La jefatura del hogar es una variable que despierta sensibilidades, particularmente porque tradicionalmente ha acarreado una carga de sexismo. A efectos de evitar resistencias algunos censos utilizaron un

rótulo diferente (persona de referencia, persona responsable del hogar), pero en los hechos la determinación de quién ocupa este lugar dentro del hogar, exige una explicitación que con frecuencia vuelve a remitir a la figura de la jefatura. La gran mayoría de los censos establece algún tipo de regla por la cual se debe seleccionar una persona del hogar, que será considerada jefe o jefa, persona responsable o persona de referencia del hogar. Si bien la utilidad principal de este procedimiento es determinar las relaciones de parentesco de los demás integrantes del hogar con respecto a una persona de referencia, la variable jefatura ha sido utilizada con diversos fines. Por ejemplo las características del jefe o jefa han sido ampliamente utilizadas para inferir las características del hogar y de los restantes miembros. Por ejemplo, la educación y la ocupación de jefe/a se usan para determinar la posición social del hogar, la edad del jefe se usa como variable proxy del ciclo de vida del hogar, etc. Por otro lado, aún cuando la variable ha sido criticada por su carácter sexista, ya que en general se tiende a atribuir a los varones la jefatura, el análisis de la evolución de la jefatura según sexo, ha permitido avanzar en el conocimiento de las relaciones de género al interior de los hogares. (Cabella, W.: Instituto Nacional de Estadística y Censo. Censo 2010. Núcleos temáticos. Informe sobre hogar y familia. Páginas 6-7).

Ocupación del jefe de familia	**Frecuencia absoluta**	**Frecuencia relativa (%)**
Changas	194	60,82
Cuenta propia/técnico no universitario	4	1,25
Desocupado (nunca trabajó)	9	2,82
Desocupado (sí trabajo)/jubilado	35	10,97
No trabaja	16	5,02
Pensionista	8	2,51
Profesional universitario	1	0,31
Trabajador manual	44	13,79
Militar	5	1,57
Prostitución	1	0,31
Taxista	1	0,31
Trabaja en Salud Pública	1	0,31
Total	319	100

Tabla 3. Ocupación del jefe de familia en la muestra de estudio.

Las características de las mujeres que se incluyeron en el estudio demuestran la representatividad de la muestra y también permiten describir la población de estudio.

Según el informe de gestión del Centro Hospitalario Pereira Rossell, el 41 % de la población de las mujeres que tuvieron su parto en el centro asistencial tenía educación primaria, el 54 % educación secundaria, el 1,2 % educación universitaria, con un 4,3 % de pérdida de datos. Estos resultados no tienen diferencia significativa con respecto al nivel de instrucción de la muestra de estudio. En la muestra de estudio, el 38,56 % tenía educación primaria y el 2,51 % alcanzó el nivel terciario. (http://www.pereirarossell.gub.uy/index.php/66-noticias-actualidad/241-informe-gestion-maternidad). Estos datos van a permitir concluir si la muestra de estudio seleccionada es representativa de la población que atiende su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Con respecto al estado civil de las mujeres, el mismo informe indica que el 26 % no tenían pareja y el 65 % estaban casadas o en concubinato, datos que no presentan diferencias estadísticas con la población incluida en la investigación que desarrollamos en forma aleatorizada, con inclusión al azar en un período de un año calendario. Con respecto a la vía de nacimiento los partos del Centro Hospitalario correspondieron al 67,7 % y en la muestra de estudio al 68,5 %. Las cesáreas en el total de nacimientos fueron de 28,6 % y en la muestra de estudio de 29,47 %. Estos datos nos ilustran sobre la representatividad de la muestra. La población que se atiende en el subsistema público proviene de los sectores más vulnerables de la sociedad. El 47,80 % de las mujeres pueden definirse como indigentes según sus ingresos, el 44,65 % como familias pobres y solo el 5,66 % son familias que por su nivel de ingresos están por encima de la línea de pobreza. La población que se atiende en el subsector público del sistema de salud proviene de los sectores con menor nivel de ingresos, con escasa educación formal y un elevado porcentaje de familias monoparentales. Estos datos son importantes al analizar los resultados de las investigaciones y al realizar el análisis. Por un lado, no se deben extrapolar los resultados a toda la población, pero también adquiere un valor fundamental. El estudio se centra en la población más vulnerable de la sociedad y en etapas que son determinantes del desarrollo del conjunto de la sociedad a largo plazo, como lo son la gestación y los primeros tres años de vida. Estos datos permiten planificar estrategias de salud y educación concretas en poblaciones vulnerables con un gran impacto posterior.

Estar expuestos a mayores riesgos exige una prioridad en la atención de salud para lograr un desarrollo de las capacidades de estos niños y evitar la perpetuación intergeneracional de la pobreza. La muestra de estudio no es

representativa del total de la población, sino de la población que se atiende en el subsector público del sistema de salud, por lo cual se requieren nuevas investigaciones para poder generalizar estos resultados a la población general.

Es de destacar que menos de la mitad de las mujeres refirieron a que habían planificado su embarazo. Este es un dato de suma importancia para elaborar planes adecuados de control de su fertilidad por parte de las familias y un tema de preocupación con respecto al consumo de sustancias, porque podemos inferir que un alto porcentaje de los embarazos se producen estando expuestas a las características de consumo previas a la gestación. Las sustancias que afectan con mayor frecuencia al feto en la vida intrauterina son el alcohol, con una prevalencia de 50 % (Moraes, 2014), y el tabaco, de 42,67 %. Las demás sustancias, si se tiene en cuenta la autodeclaración, tienen menor importancia en cuando a su incidencia relativa, pero adquieren importancia en el contexto de vulnerabilidad al que están expuestas las familias.

En el análisis de los datos que se refieren al consumo de sustancias es donde se pueden observar diferencias muy importantes con respecto al informe de gestión del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el año 2013. Los datos son recabados de los registros del carné del embarazo, el cual es realizado por el profesional que hace los controles en las policlínicas donde se atienden las mujeres, quienes, en su mayoría, son médicos ginecólogos y en algunos casos son obstetras parteras o médicos de familia. Según el informe de gestión 2013 refieren haber fumado en el embarazo 30 % de las mujeres, 1 % ha consumido alcohol y un 2 %, en promedio, otras drogas. Estos datos refuerzan aún más la necesidad de una adecuada formación del equipo de salud al relevar estos datos, para obtener resultados más confiables en el contexto de la atención de las mujeres y sus hijos. En el informe de gestión existe un elevado porcentaje de pérdida de datos, debido a que el equipo de salud no interroga a las mujeres sobre estos hábitos y con menor frecuencia realiza una intervención adecuada.

Otro dato importante que observamos es la incidencia de embarazo adolescente que permanece elevado en el país, con cifras estables cercanas al 20 %, a pesar del importante esfuerzo que se realiza para abatir estas cifras.

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Sexo	Femenino	151	47,33
	Masculino	167	52,36
	Sin dato (óbito)	1	0,03
	Total	319	100
Edad gestacional*	<32 semanas	14	4,39
	32-33	5	1,56
	34-36	22	6,89
	37-41	278	86,4
		319	100
Peso/EG	AEG	252	79
	PEG	35	10,97
	GEG	32	10,03
		319	100
APGAR	Vigoroso al 1 minuto	305	96,8
	Vigoroso al 5 minuto	313	98,1
Examen físico	Normal	285	89,34
	Alterado	34	10,6
	Total	319	100
Destino al nacimiento	Alojamiento Conjunto	268	84
	Internación	51	16
	Total	319	100
Recién nacido < 2500 gr	Sí No	37 282	
	Total	319	

Tabla 4. Características de los recién nacidos incluidos en la muestra de estudio. Notas tabla 4: *Edad gestacional según el mejor dato disponible asignada por el ginecólogo: 1) ecografía realizada antes de las 20 semanas de gestación; 2) fecha de última menstruación referida por la mujer. En su defecto edad gestacional asignada por el neonatólogo por método de Capurro. **Peso al nacer entre el percentilo 10 y el percentilo 90 en tablas de referencia para peso y edad gestacional según sexo del recién nacido. ***Peso menor al percentilo 10 en tablas de referencia para pero y edad gestacional según sexo del recién nacido. ****Peso mayor al percentilo 90 en tablas de referencia para peso y edad gestacional según sexo del recién nacido. #Test según características del recién nacido que el pediatra asigna al minuto uno y al quinto minuto de vida (Virginia Apgar, 1952).

Las características de la muestra con respecto al recién nacido no presentan diferencias estadísticamente significativas con la población general atendida en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el año 2013. Para la población total los recién nacidos menores de 2500 gramos en el año 2013 fueron 9,90 % y en la muestra de estudio, 11,58 %.

Un 86,5 % de los recién nacidos fueron términos, 12,8% pretérminos y no hubo nacimientos postérminos. El 79 % de los recién nacidos fueron adecuados para la edad gestacional, 10,03 % grandes para la edad gestacional y 10,9 % pequeños para la edad gestacional. La gran mayoría de los recién nacidos fueron derivados a alojamiento conjunto (84 %) y el resto a algún sector de internación (15,9 %). En cuanto al examen físico del recién nacido, un 89,3 % de tenía un examen físico normal al nacimiento y el 10,6 % restante se interpretó como patológico.

Uno de los objetivos importantes del estudio fue identificar con la mayor certeza posible qué mujeres consumieron derivados de cocaína durante la gestación, para describir las diferencias existentes entre las mujeres usuarias de la sustancia y los posibles efectos sobre sus hijos. Como se discutió anteriormente en la presente obra, la utilización de autodeclaración permite identificar solo a una porción de las usuarias de PBC, por lo cual esta metodología puede llevar a sesgos en las conclusiones del análisis de los datos. El equipo de investigación buscó otra manera de identificar la exposición intrauterina a PBC utilizando materiales biológicos.

El material que se utiliza con mayor frecuencia en contextos de atención clínica es la orina de la mujer o del recién nacido. La orina permite identificar la exposición a derivados de cocaína en las últimas 72 horas y debido al límite de corte de los reactivos, el consumo a dosis elevadas. Otra posibilidad es la utilización del cabello de la mujer. El pelo crece un centímetro por mes y las sustancias a las que está expuesta la mujer se unen a las proteínas del pelo depositándose en él mientras crece. El análisis de cabello de una longitud adecuada permite conocer la exposición a sustancias previas al embarazo y en cada trimestre. Las dificultades para su realización son el alto costo, la necesidad de equipos y personal con formación adecuada para el análisis de las muestras, la alteración del cabello debido a tratamientos estéticos y la negación de la mujer a brindar muestras debido también a razones estéticas (Duckworth y otros, 2011; Breidi y otros, 2012; Joya y otros, 2012).

Además, puede utilizarse meconio del recién nacido (Mc Millin y otros, 2014). El meconio se forma a partir de las 12 semanas de gestación y se deposita en el intestino del feto. Las muestras se obtienen luego del nacimiento recogiendo las primeras deposiciones del recién nacido. No se necesitan

maniobras invasivas para obtener las muestras, la capacidad de análisis está desarrollada en Uruguay y se cuenta con la tecnología y el personal capacitado en el Polo Tecnológico de Pando, dependiente de la Facultad de Química de la Universidad de la República (Moraes y otros, 2014). El análisis del meconio es capaz de identificar la exposición a derivados de cocaína en el segundo y tercer trimestre. Sus desventajas son: no permite identificar la exposición en el primer trimestre, que es la etapa de formación del embrión u organogénesis; no identifica la fecha de consumo, la frecuencia y la dosis de exposición (Moraes y otros, 2010).

Con el objetivo de determinar la mayor cantidad de fetos expuestos a derivados de cocaína en la gestación se utilizó el meconio del recién nacido. Sus resultados se presentan en la tabla 5.

Cocaína en meconio	Frecuencia Absoluta (N)	Frecuencia relativa (%)
No	290	90,91
Sí	29	9,09
	319	100

Tabla 5. Identificación de derivados de cocaína por inmunoanálisis en meconio del recién nacido. Límite de detección 10 ng/gramo de meconio.

En el 9,09 % de los meconios analizados se hallaron derivados de cocaína para el límite de corte de detección que se utilizó, que fue 10 ng/gramo de meconio.

El consumo de PBC de cocaína en estudios anteriores había evidenciado un aumento en el consumo de derivados de cocaína con respecto a los resultados del año 2005, desde un 2,5 % (Magri y otros, 2007) hasta un 9,44 % en el año 2011 (Moraes y otros, 2014). Los datos del año 2014 de 9 % concuerdan con la percepción del Observatorio Uruguayo de Drogas de que el consumo de PBC se ha estabilizado en el país (JND, 2006) (JND, 2012). La PBC es una sustancia cuyo consumo siempre tuvo especial atención de los medios masivos de comunicación y la prensa en general. Este hecho determina que en la sociedad exista una sobredimensión del problema, por lo cual los datos de las investigaciones desarrolladas por diferentes grupos de investigación en la materia son importantes para poner el problema en su justo lugar.

En estudios internacionales realizados en meconio se obtuvo una prevalencia de 5,60 % de consumo de cocaína para un corte de 4 ng/g en España y de 5-10 % en Estados Unidos (García-Serra y otros, 2012; Lester y otros, 2001).

Un análisis de los resultados de 76.631 muestras de meconio de recién nacidos (Mc Millin y otros, 2015) por intermedio de inmunoanálisis identifica un 5,5% de exposición a cocaína en Estados Unidos.

Como se refirió con anterioridad, nuestros resultados se refieren a un sector específico de la población y no fue diseñado para abarcar el consumo de PBC en la población general. Por lo tanto, la conclusión de estos datos debe ser colocada en ese contexto. El consumo de derivados de cocaína en las mujeres embarazadas provenientes de contexto vulnerable que residen en el Área Metropolitana de la capital de Uruguay y atienden su parto en el subsector público de salud es elevado, por lo cual se deben diseñar políticas de salud específicas para abordar este problema.

Referencias bibliográficas

BREIDI, S. E.; BARKER, J.; PETRÓCZI, A.; NAUGHTON, D. (2012): "Enzymatic Digestion and Selective Quantification of Underivatised Delta-9-Tetrahydrocannabinol and Cocaine inHuman Hair Using Gas Chromatography-Mass Spectrometry". *Journal of Analytical Methods in Chemistry Volume*. Article ID 907893, 7 pages doi:10.1155/2012/907893.

DUCKWORT, T.; BEHNKEA, M.; DAVIS, F.; NANCY J. (2011): "Early adolescent cocaine use as determined by hair analysis in a prenatal cocaine exposure cohort". *Szabob Neurotoxicol Teratol*; 33(1): 120-128. doi:10.1016/j.ntt.2010.08.005.

GARCÍA-SERRA, J.; RAMIS, J.; SIMÓ, S.; JOYA, X.; PICHINI, S.; VALL, O. y otros (2012): "Matrices biológicas alternativas para detectar la exposición prenatal a drogas de abuso en el tercer trimestre de la gestación", *AnPediatr (Barc)*. 77(5): 323-328.

JOYA, X.; GOMEZ-CULEBRAS, M.; CALLEJÓN, A.; FRIGULS, B.; PUIG, C.; ORTIGOSA y otros (2012): "Cocaine use during pregnancy assessed by hair analysis in a Canary Islands cohort". *Pregnancy and Childbirth* 12:2.

JUNTA NACIONAL DE DROGAS (2006): Pasta base de cocaína. Prácticas y gestión de riesgos en adolescentes uruguayos. Montevideo: 38-83. Disponible en: <http://www.infodrogas.gub.uy>.

LESTER, B. M.; ELSOHLY, M.; WRIGHT, L. L.; SMERIGLIO, V. L.; VERTER, J.; BAUER, C. R (2001): "The maternal Lifestyle Study: drug use by meconium toxicology and maternal self-report". *Pediatrics*. 107:309-17-

MAGRI, R.; MÍGUEZ, H.; PARODI, V.; HUTSON, J.; SUÁREZ, H.; MENÉNDEZ, A. y otros 2007. “Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. Montevideo”. *Arch. Pediatr. Urug*. Vol. 78, n.° 2.

MCMILLIN, G. A.; WOOD, K. E.; STRATHMANN, F. G.; KRASOWSKI, M. D. (2015): Patterns of Drugs and Drug Metabolites Observed in Meconium; What Do They Mean? Institute for Clinical and Experimental Pathology, Salt Lake City, Utah, 84108, USA Department of Pathology, University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, Utah, 84112, USA 2Stead Family Department of Pediatrics University of Iowa Children’s Hospital, Iowa City, Iowa, 52242, USA 3ARUP Institute for Clinical and Experimental Pathology, Salt Lake City, Utah, 84108, USA Department of Pathology, University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, Utah, 84112, USA 4Department of Pathology University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City, Iowa, 52242, USA.

MORAES, M.; GONZÁLEZ, G.; SOSA, C.; UMPIÉRREZ, E.; GHIONE, A.; BERTA, S. y otros (2014): *Consumo de alcohol y cocaína en el embarazo*. Facultad Med. (Univ. Repúb. Urug.); 1(2): 43-50.

MORAES, M.; SCORZA, C.; ABIN-CARRIQUIRY, J.; PASCALE, A.; GONZÁLEZ, G.; UMPIÉRREZ, E. (2010): “Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones”. *Arch. Pediatr. Urug*. Vol. 81, n.° 2, Montevideo.

Capítulo 5. Consumo de PBC durante el embarazo. Efectos del consumo de derivados de cocaína en la mujer embarazada

La PBC es una cocaína fumable. Las cocaínas que son fumadas son reconocidas como los derivados de cocaína con mayor poder adictivo. Al ser inhalada, la acción comienza en 3 a 5 segundos, alcanza el pico de acción a los 3 minutos y se desvanece a los 15 minutos. La acción del clorhidrato de cocaína por vía intravenosa comienza a los 60 segundos, alcanza su pico de acción a los 5 minutos y su acción ya no se percibe a la hora de la inyección. La vía intranasal o esnifada comienza a ejercer sus efectos farmacológicos a los 5 minutos, alcanza el pico de acción a los 20 minutos de realizado el consumo y los efectos generalmente ya no son percibidos por el consumidor luego de una hora y media.

Como su acción se debe al bloqueo presináptico de la recaptación de neurotransmisores, se produce aumento de noradrenalina, serotonina y dopamina. El aumento de noradrenalina es la causa de hipertensión, dolor precordial, infarto, taquicardia y arritmias, como efectos no deseados de la sustancia. El consumo de cocaína concomitantemente con alcohol aumenta 40 veces el riesgo de complicaciones cardiovasculares y 25 veces el riesgo de muerte súbita (Keegan, 1991).

Los estudios realizados sobre el efecto de fumar cocaína en seres humanos (Jenkins, 2002) demuestran que a los dos minutos la presión sistólica sube 25 mm de Hg y la presión diastólica aumenta 6 mm de Hg. La frecuencia cardíaca aumenta 20 ciclos por minuto. La presión arterial y la frecuencia cardíaca vuelven a sus niveles iniciales dos horas después de fumar derivados de cocaína. El aumento de la presión arterial es un efecto muy importante en el caso del embarazo. Existe una patología típica del embarazo, la preeclampsia,

que se refiere al aumento de la presión arterial. Estas alteraciones pueden determinar accidente cerebrovascular, falla hepática y pérdida del embarazo. Sobre el feto determina alteración del crecimiento fetal y asfixia.

Los efectos coronarios de la droga explican el 25 % de los infartos en los menores de 45 años (Qureshi y otros, 2001).

Los médicos deben recordar que frente a una emergencia cardiovascular el uso de beta bloqueantes está contraindicado, porque puede comprometer la vida del paciente al dejar expuesto a los efectos alfa estimulantes (Lange y otros, 1989; Boehrer y otros, 1993).

Fumar derivados de cocaína puede determinar espasmo laríngeo. Se describe una patología denominada *pulmón de crack*, que se manifiesta con disnea aguda, hipoxia, hemoptisis, fiebre y falla respiratoria (Forrester y otros, 1990).

Debido a la variaciones bruscas de la presión arterial pueden observarse accidentes cerebrovasculares (Nanda y otros, 2006).

Los efectos que se observan en la mujer por fumar derivados de cocaína durante el embarazo pueden ser abortos, parto pretérmino, accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, desprendimiento de placenta normo inserta (Cain y otros, 2013).

Los efectos de la cocaína pueden confundirse con preeclampsia, complicación frecuente del embarazo, que se caracteriza por aumento de la presión arterial (Maagdenberg y otros, 2000).

Los estudios en modelos animales demuestran que los efectos de la cocaína son diferentes durante la gestación. Estos estudios señalan que los efectos son 10 veces mayores en el animal en la gestación que fuera de este período (Woods y otros, 1990.)

Analizaremos a continuación las características sociodemográficas de la población incluida en este estudio. El consumo de PBC es elevado en mujeres de sectores con alta vulnerabilidad socioeconómica en Uruguay. Como se refirió con anterioridad, las características sociodemográficas de la muestra de estudio describen las características de la población que atiende su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Las características de la población de usuarias de PBC se presentan en la tabla 6.

Variable	Cocaína +	Cocaína -	valor de p
Edad materna (promedio)	25	24,6	0,2
Edad materna (por rango etario)			
<19	4 (7,69 %)	48 (92,3 %)	
19-34	22 (9,13 %)	219 (90,87 %)	
35 o mas	3 (11,54 %)	23 (88,46 %)	Pearson Chi ² 0,31
Total	29	290	Pr 0.85
Años de estudio (promedio)	7.206897	8.251724	p = 0.0316
Consumo de tabaco en el embarazo			
Sí			
No	19(13,97 %)	117 (86,03 %)	Pearson Chi² 6,83
Consumo de marihuana en el embarazo	10(5,46 %)	173 (94,5 %)	Pr=0,009
Sí			
No	3 (75 %)	1(25 %)	Pearson Chi² 21,29
Control de embarazo	26 (8,25 %)	289 (91,7 %)	pr=0,000
Cero control			
1-4 controles	4 (26,67 %)	11 (73,33 %)	Pearson Chi² 10,3741
5 controles o más	7 (17,07 %)	34 (82,93 %)	Pr= 0,006
	18 (6,84 %)	245 (98,16 %)	

Tabla 6. Características de la población de usuarias de PBC identificadas por análisis de meconio del recién nacido incluidas por muestreo al azar durante 1 año.

La edad de inicio del consumo de PBC en las mujeres según datos del Observatorio Uruguayo de Drogas es 20,1 años de vida. Según los resultados de nuestra investigación las personas con menos años de educación formal tienen mayor probabilidad de consumir PBC (p=0.03), pero hay que hacer notar que el consumo de la sustancia no es la causa de abandono escolar, debido a que la media de años de estudio en la población fue de 8 años (abandonaron los estudios antes de los 15 años de edad), mientras comienzan a consumir PBC después de los 20 años, en la mayoría de los casos. Sin embargo, el 10

% de los consumidores se inician en el uso de PBC en la adolescencia. En estos casos el consumo de la sustancia junto a los otros factores sociales asociados pueden ser determinantes del abandono escolar y las pérdidas de oportunidades posteriores.

Como el consumo de PBC se da en una población con menor capital de desarrollo humano, tiene como consecuencia disminuir la posibilidad de desarrollo social y humano de las mujeres y sus hijos perpetuando la trasmisión intergeneracional de la pobreza. Uno de los problemas identificados en las investigaciones realizadas en Uruguay que incluyen la población de usuarias de PBC, es la escasa disponibilidad que tienen estos individuos en situación de vulnerabilidad de recursos previos a iniciarse en el uso de la sustancia, como educación, trabajo formal, bajo nivel de ingresos. Este hecho no les permite acceder a las estructuras de oportunidades presentes en la sociedad (Albano y otros, 2014). Las mujeres tampoco acceden a los servicios de salud y se observa una gran diferencia de acceso a los controles del embarazo en relación a las mujeres que no consumen PBC, según lo documentan los resultados de la investigación ($p=0.006$). Las mujeres con mayores riesgos deberían tener mayores posibilidades de controlar su embarazo, para detectar patologías y planificar una atención adecuada de su salud, del feto y del recién nacido. Por las características particulares de estas mujeres la estrategia de esperar que concurran a las policlínicas de salud para realizar los controles del embarazo no es la mejor opción y deben buscarse otros caminos para incluirlas en el sistema de salud, por su alto grado de vulnerabilidad.

El policonsumo de sustancias se describe frecuentemente en las usuarias de drogas. Las mujeres que son usuarias de PBC consumen con mayor frecuencia tabaco ($p=0.009$) y marihuana ($p=0.000$). Como la identificación de PBC se realizo en el meconio del recién nacido estos resultados coinciden con reportes anteriores en los cuales se identificó el consumo por autodeclaración del usuario para tabaco y marihuana. Por el contrario, los resultados son diferentes si nos referimos al alcohol. El consumo de alcohol es mayor en las usuarias de PBC cuando se las identifica por autodeclaración.

En poblaciones de usuarios de drogas que se encuentran en tratamiento por su adicción el policonsumo se puede observar con elevada frecuencia. En estudios realizados en Panamá en comunidades terapéuticas el policonsumo fue del 85 % en usuarios de PBC y el alcohol fue consumido concomitantemente por el 71 % de los usuarios (Donghi y otros, 2011). En el caso de estudios realizados en meconio no es más frecuente identificar ésteres etílicos de alcohol (que demuestra consumo de bebidas alcohólicas en el embarazo) en las consumidoras de PBC que en la población general. Dicho de otra manera,

el consumo de bebidas alcohólicas es tan elevado en la población general (mayor al 60 % en el último año) como durante el embarazo (50 %), que no permite observar diferencias en este punto con las consumidoras de PBC (Moraes y otros, 2014). Esta misma línea de pensamiento queda expresada por Suárez y col. (Albano y otros, 2014) al analizar que el consumo de alcohol en el último año es 74 % en la población general, 76,9 % en usuarios en tratamiento y 78 % en usuarios problemáticos de PBC, lo cual no muestra diferencia estadísticamente significativa.

Como se refirió con anterioridad, uno de los objetivos de la investigación era observar y analizar las características de las mujeres que consumían PBC. Para cumplir con este objetivo el equipo fue muy exigente con el diseño de la muestra para que fuera representativa de la población de estudio, con el cálculo adecuado del tamaño muestral, la adquisición de las personas que se incluían en la muestra al azar, la extensión del período de estudio de un año calendario y la utilización de marcadores biológicos para identificar el consumo y no solo basarse en la declaración.

Como en la muestra de estudio al azar las personas que reconocían el consumo de PBC tendrían poca representatividad por el elevado porcentaje de subdeclaración, se identificó por separado otro grupo de mujeres en quienes el equipo de salud y las usuarias reconocieron el consumo de PBC. El objetivo fue poder analizar las características de las usuarias que autodeclaran consumo de PBC o que son identificadas siguiendo un determinado estereotipo. Esta es la población de usuarias de PBC que generalmente es identificada en la mayoría de las investigaciones que versan sobre la temática; por ello es importante comparar sus características con las de usuarias que solo se identifican por muestras biológicas.

A continuación se analizan las características de estas tres poblaciones, que son las personas en las cuales no se identificó consumo de PBC durante el embarazo, las personas en que se identificó el consumo de PBC por intermedio de marcadores biológicos (meconio) en una muestra al azar y las que declararon haber consumido PBC durante la gestación al personal de salud. Por intermedio de esta estrategia se discute la hipótesis de que la población en general y los investigadores en particular al utilizar la autodeclaración transfieren las características de la población de mayor vulnerabilidad, mayor y más frecuente consumo (generalmente con uso problemático de PBC) a todas aquellas personas que utilizan la sustancia.

Debemos ser muy cuidadosos con las interpretaciones sobre los resultados de la presente investigación. El objetivo último de la relación de un integrante del equipo de salud con una usuaria del sistema es que prime la confianza y

que la mujer pueda declarar el consumo de sustancias sin preocupación por las consecuencias que tenga sobre sus derechos. Las circunstancias actuales determinan que las mujeres en quienes se identifica el consumo de PBC son aquellas que no lo pueden mantener oculto por su deterioro físico o por presentar un consumo disruptivo. Cuando nos referimos a autodeclaración es porque este grupo de consumidoras fue identificada por esta característica en la investigación; no debe asumirse que una mujer en un adecuado contexto de vínculo con el prestador de salud que declara el consumo de PBC represente las características subrayadas en la investigación. Tratando de subsanar este problema nos referiremos a esta población como *consumo disruptivo de PBC*, por las características que se observan en su patrón de consumo de la sustancia. En el presente estudio evitamos utilizar el concepto de *consumo problemático*, porque por su propia definición todo consumo en el embarazo se considera problemático.

Variable	**Cocaína – en meconio**		**Cocaína + en meconio**		**Consumo disruptivo**	
	N (290)	**Frecuencia**	**N (29)**	**Frecuencia**	**N (16)**	**Frecuencia**
Edad en años	Media 24.63	DE: 6.82	Media 25	DE: 6.87	Media 26.47	DE: 6.67
Menor de 19 años	48	16,65 %	4	13,79 %	0	0 %
Vive con su pareja	221	76,20 %	19	65,51 %	9	56 %
Menos de 6 años de estudio	111	38,27 %	12	41,37 %	10	62,50 %
Sobre la línea de pobreza	18	6,20 %	0	0 %	1	6,25 %
Más de 5 controles	245	84,48 %	18	62,06 %	2	12,5 %
Sin controles	11	3,80 %	4	13,79 %	12	75 %
Sífilis	10	3,50 %	1	3,44 %	6	37,50 %

Tabla 7. Características de las usuarias de PBC según la metodología de identificación de consumo. (-) Test de inmunoanálisis en meconio de recién nacido para derivados de cocaína negativo. (+) Test de inmunoanálisis en meconio de recién nacido para derivados de cocaína positivo.

Como podemos observar, las personas que reconocen la utilización de PBC son de mayor edad, forman familias monoparentales con mayor frecuencia y tienen menos años de estudio. Las diferencias en estas características sociodemográficas no son significativas si se considera la presencia de la sustancia en el meconio y las mujeres en quienes no se identificó el consumo. Los objetivos de la investigación no permiten concluir si estas poblaciones que se identifican son estables o representan etapas sucesivas del consumo de PBC. En una investigación en Argentina, Castilla describe que identificaron poblaciones con diferentes prácticas de consumo, quienes utilizan PBC los fines de semana y los consumidores intensivos, lo que permitiría inferir que un porcentaje de los consumidores de PBC pudieran permanecer con un consumo de menor frecuencia e intensidad que les permite mantener sus lazos sociales con mayor estabilidad (Castilla, 2012).

En las siguientes tablas se presenta la frecuencia de consumo de PBC en las mujeres embarazadas identificadas por el equipo de salud o con consumo disruptivo.

	Frecuencia	**Porcentaje (%)**
No contesta*	1	6,25
Sí	15	93,75
Total	16	100

Tabla 8. Declaración de consumo de PBC durante el embarazo. *Ingreso al servicio de salud en trabajo de parto bajo el efecto de PBC, aceptó el consumo al recibir el resultado de test positivo en orina. Estaba viviendo en la vía pública.

	Frecuencia	**Porcentaje (%)**
No contesta*	2	12,50
Una vez a la semana	2	12,50
1-3 veces por semana	5	31,25
Todos los días	7	43,75
Total	16	100

Tabla 9. Frecuencia de consumo de PBC durante la gestación. *Ingresaron bajo el efecto de PBC, estaban viviendo en la vía pública.

La utilización de PBC durante la gestación se asocia con mayor frecuencia a un control inadecuado del embarazo (menor de 5 controles) y a

una elevada incidencia de embarazos sin ningún control, que llega a un 75 % en el caso que se identificó el consumo por el equipo de salud. La incidencia de enfermedades de trasmisión sexual, específicamente sífilis, no muestra diferencia significativa entre la población que se identificó por análisis de meconio con respecto a las no consumidoras. En el caso de las mujeres que fueron identificadas por el equipo de salud, el porcentaje de sífilis se multiplica por 10 desde un valor de 3,5 a 37,5 %. La elevada incidencia de infecciones de trasmisión sexual en la población de usuarios con consumo disruptivo de PBC identificados por autodeclaración es un dato concordante en las investigaciones sobre el tema. En Uruguay (Albano y otros, 2014) la incidencia de mujeres diagnosticadas con sífilis fue del 20 % y una prevalencia de HIV de 6,3 %. La población de usuarias de PBC con consumo disruptivo presenta una elevada incidencia de infecciones de trasmisión sexual debido a prácticas sexuales de riesgo. En Montevideo, en los usuarios de cocaína fumable (OUD, 2013) que fueron identificados por autodeclaración un porcentaje importante reconoció realizar intercambio de relaciones sexuales por dinero o drogas. Es importante volver a subrayar que en las mujeres en quienes solo se identificó el consumo de PBC por intermedio del meconio del recién nacido no había diferencias con respecto a las que no consumieron PBC.

La población de usuarias de PBC que autodeclaran el consumo o que el equipo de salud las identifica por sus características no son el universo de las usuarias de PBC y sus características particulares no pueden ser trasferidas a toda la población. Existe un grupo de usuarias que consumen PBC en el embarazo que solo se identificaron por el meconio del recién nacido, que no comparten las características de aquellas. Como en el caso de cualquier sustancia, sin desconocer el alto poder adictivo y las características particulares del consumo de PBC, los resultados de nuestros estudios permiten inferir que en las mujeres embarazadas existen patrones diferentes de consumo de PBC que deberán estudiarse con mayor profundidad. Un elemento importante de las conclusiones de nuestro estudio, que es analizado en profundidad más adelante, se refiere a las características de las estructuras de relación familiar de la población con consumo disruptivo de PBC. Cuando se analizan las características familiares de esta población los parámetros de clasificación de las poblaciones se refieren a las estructuras de pensamiento dominante, como casada, soltera, jefe de familia, núcleo familiar, vivienda. Sobre estas estructuras el sistema judicial decide el cuidado de sus hijos. Pero los estilos de relaciones en esta población de alta vulnerabilidad no se identifican con las categorías de familia según la visión dominante.

Referencias bibliográficas

ALBANO, G.; CASTELLI, L.; MARTÍNEZ, E.; ROSSAL, M. (2014): *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. FHCE-Udelar, OUD, JND, Montevideo.

BOEHRER, J. D.; MOLITERNO, D. J.; WILLARD, J. E.; HILLIS, L. D.; LANGE, R. A. (1993): "Influence of labetalol on cocaine-induced coronary vasoconstriction in humans". *Am J Med*. 608-610.

CAIN, M. A.; BORNIK, P.; WHITEMAN, V. (2013): Clinical obstetrics and gynecology. The Maternal, Fetal, and Neonatal Effects of Cocaine exposure in Pregnancy. Volume 56, Number 1, 124-132.

CASTILLA, M. V.; OLSEN, M. C.; EPELEZ, M. E. (2012): "Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires". *Antipod. Rev. Antropol. Arqueol*. 209-229.

DONGHI, A.; MAIDANA, M.; RODRÍGUEZ, O. (2011): "Diagnóstico diferencial y algunas derivaciones en usuarios consumidores de PBC (paco)". *Anu. investig*. Vol. 18. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Versión On-line ISSN 1851-1686.

FORRESTER, J. M.; STEELE, A. W.; WALDRON, J. A.; PARSONS, P. E. (1990): "Crack lung: an acute pulmonary syndrome with a spectrum of clinical and histopathologic findings". *Am. Rev. Resp. Dis*. 142: 462-467.

JENKINS, A. J.; KEENAN, R. M.; HENNINGFIELD, J. E.; CONE, E. J. (2002): "Correlation between pharmacologic effects and plasma cocaine concentrations after smoked administration". *J Anal Toxicol*. 26: 382-392.

KEEGAN, A. (1991). Cocaine plus alcohol, a deadly mix.NIDA Notes. 6: 18.

KEUROGLIAN, L.; DELGADO, R.; ZENI, R.; MIRABALLES, L.; CASTILLO, F.; FERNÁNDEZ, J. y otros (2013): *Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana*. Montevideo, Observatorio Uruguayo de Drogas.

LANGE, R. A.; CIGARROA, R. G.; YANCY, C. W. Jr.; WILLARD, J. E.; POPMA, J. J.; SILLS, M. N. y otros (1989): "Cocaine-induced coronary artery vasoconstriction". *N Engl J Med*. 321: 1557-1562.

LIVINGSTON, J. C.; MABIE, B. C.; RAMANATHAN, J. (2000): "Crack cocaine, myocardial infarction, and troponin I levels at the time of cesarean delivery". *Anesth Analg*. 91: 913-915.

MAAGDENBERG, T.; SARCI, S.; IFFY, L. (2006): “Cocaine intoxication mimicking pre-eclampsia postpartum”. *Int J Gynaecol Obstet*. 92: 73-74.

MORAES, M.; GONZÁLEZ, G.; SOSA, C.; UMPIÉRREZ, E.; GHIONE, A.; BERTA, S. y otros (2014): *Consumo de alcohol y cocaína en el embarazo*. Facultad Med. (Univ. Repúb. Urug.); 1(2): 43-50.

NANDA, A.; VANNEMREDDY, P.; WILLIS, B.; KELLEY, R. (2006): “Stroke in the young: relationship of active cocaine use with stroke mechanism and outcome”. *Acta Neurochir Suppl*. 96: 91-96.

QURESHI, A. I.; SURI, M. F.; GUTERMAN, L. R.; HOPKINS, L. N. (2001): “Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the third national health and nutrition examination survey”. *Circulation*. 103: 502-506.

WOODS, J. R. Jr.; PLESSINGER, M. A. (1990): “Pregnancy increases cardiovascular toxicity to cocaine”. *Am J Obstet Gynecol*. 162: 529-533.

Capítulo 6. Detección de consumo de PBC en el embarazo por análisis de muestras de orina

6.1. Introducción

La detección de drogas por medio de inmunoanálisis en la orina de mujeres embarazadas usuarias de sustancias o en la orina de recién nacidos es el método utilizado con mayor frecuencia por los equipos de salud. Los test comerciales no detectan cocaína en orina, la sustancia identificada en realidad es su metabolito principal benzoylecgonina, dado que la cocaína se metaboliza rápidamente y se excreta como benzoylecgonina en la orina.

Por otra parte, la sensibilidad de los kits inmunológicos habituales que se utilizan están adecuados a la normativa de Estados Unidos, que define que una concentración menor a 300ng/ml de benzoylecgonina debe informarse como negativa. Por este motivo no detecta el uso de derivados de cocaína si se realizó 72 horas antes del parto (López y otros, 2009).

Si el consumo es muy reciente, el test puede ser falso negativo debido a que la droga todavía no se metabolizó y a la dilución que se produce de la sustancia en la orina almacenada previamente en la vejiga (Cotten, 2012).

Los estudios en orina pueden tener resultados falsos positivos, resultados que tienen consecuencias sobre decisiones judiciales que podrían recaer sobre el recién nacido y la madre (Farst y otros, 2011; Valentine y otros, 1995).

Los estudios por inmunoanálisis son considerados en la legislación internacional (no existe legislación nacional sobre el tema) como resultados de *screening* preliminares que deben ser corroborados por métodos confirmatorios (cromatografía: GC/MS o LC/MS/MS) para utilizarse en el ámbito judicial, debido al elevado impacto de las decisiones sobre la familia (Behnke y otros, 2013). Existen guías desarrolladas por sociedades científicas sobre la realización de

análisis para detección de drogas en orina con el consentimiento de la mujer (Wong y otros, 2011). En Uruguay el Consenso para la Atención Integral de Recién Nacidos Expuestos a Sustancias Psicoactivas Durante la Gestación refiere que a la mujer usuaria de los servicios de salud se le debe asegurar su derecho a la información en el caso de que se proponga la realización de exámenes paraclínicos confirmativos de exposición intrauterina y se le solicitará el consentimiento verbal para la búsqueda de drogas en orina. No informar a las pacientes se asocia a peor adherencia a los tratamientos y al control del embarazo (Moraes, 2010, en <www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5684,24719>).

Como se reporta en los capítulos previos, los resultados de nuestra investigación nos permiten concluir que muchas de las consumidoras de PBC no cumplen con las características sociodemográficas que se le atribuye a esta población, lo que puede determinar que la utilización de determinadas características personales para habilitar la realización de métodos para la identificación de consumo de PBC avasalle los derechos de las usuarias.

En un contexto de vulnerabilidad y de marginación de la población de usuarias de PBC las mujeres que se atienden en los servicios de salud públicos, quedan expuestas en ocasiones a decisiones arbitrarias que pueden vulnerar sus derechos.

6.2. Identificación de usuarias de PBC mediante inmunoanálisis de orina

Analizaremos los resultados en situaciones en las cuales el personal de salud identificó a las mujeres como consumidoras de PBC en el contexto de la investigación, de una muestra al azar, en el período de un año, constituida por un total de 319 mujeres. En esta muestra 9 mujeres (2,82 %) fueron estudiadas por riesgo de consumo de PBC. No se conoce en Uruguay un protocolo que exija la solicitud de consentimiento informado para la obtención de muestras de orina u otros marcadores para su análisis, en el contexto de la atención clínica con el fin de identificar el consumo de drogas consideradas al momento actual ilegales, pero estos resultados pueden utilizarse en el sistema judicial para tomar decisiones con respecto al destino de los niños, para determinar si permanecen al cuidado de sus madres, ser puestos bajo la guarda de otros familiares o pasar al cuidado del Estado en instituciones de amparo.

De estas 9 mujeres, 7 reconocieron utilizar PBC antes del embarazo, lo que corresponde a un 2,19 % de la muestra total y a un 77,77 % de las mujeres investigadas por sospecha de consumo. Cuatro de estas mujeres reconocieron utilizar PBC durante el embarazo, o sea, 1,25 % de la muestra

total y un 44,44 % de las que fueron sometidas a estudios de confirmación de consumo. Se utilizó la muestra de meconio del recién nacido como el mejor método disponible para la identificación de consumo en la segunda mitad del embarazo. Los resultados se presentan en la tabla 10.

Caso número	Diagnóstico clínico	Declaró consumo previo embarazo	Frecuencia previo embarazo	Declaró consumo en el embarazo	Frecuencia consumo en el embarazo	Orina madre	Orina recién nacido	Meconio	Interpretación resultado
1	Sí	No	No	No	No	-	-	-	Error diagnóstico clínico
2	Sí	No	No	No	No	-	-	-	Error diagnóstico clínico
3	Sí	Sí	1 vez por semana o menos	No	No	-	-	-	Consumo previo
4	Sí	Sí	Todos los días	No	No	-	-		Consumo previo
5	Sí	Sí	Todos los días	No	No	-	-	-	Consumo previo
6	Sí	Sí	1 a 3 veces por semana	Sí	1 vez por semana o menos	+	+	+	Confirmado
7	Sí	Sí	1 a 3 veces por semana	Sí	1 vez por semana o menos	+	+	+	Confirmado
8	Sí	Sí	Una vez al mes o menos	Sí	Antes de saber que estaba embarazada 1 vez al mes o menos	+	+	-	Orina sin confirmación de resultado por otro método ¿Falso positivo?
9	Sí	Sí	Todos los días	Sí	1 a 3 veces por semana	-	-	+	¿Orina falso negativo?

Tabla 10. Diagnóstico de consumo de cocaína y PBC realizada por el equipo de salud. -Estudio por inmunoanálisis en orina negativo. +Estudio por inmunoanálisis en orina positivo.

Como podemos observar en los resultados, 2 mujeres no declararon en ningún momento el consumo de drogas ilegales y fueron sometidas a estudios para confirmar su utilización durante la gestación sin su consentimiento.

Tres mujeres reconocieron el consumo de PBC antes del embarazo, pero negaron su utilización durante este. Los resultados en el meconio, en la orina de la mujer y de su hijo fueron negativos, lo que determina que no hubo consumo de PBC en la segunda mitad del embarazo.

En dos situaciones analizadas en la investigación las consecuencias de la aproximación clínica y los resultados del estudio en orina pueden tener efectos negativos para la familia.

Si nos basamos en los 4 casos con resultado positivo en meconio el error en el análisis de orina alcanzó la mitad de las muestras.

En un caso la mujer reconoció un consumo de PBC disruptivo con consumo diario previo al embarazo y un consumo hasta 3 veces por semana durante toda la gestación. En este caso el estudio de muestras de orina no identificó consumo de PBC, el estudio de meconio fue positivo y determinó consumo en la segunda mitad del embarazo, concordante con las declaraciones de la usuaria; pero el resultado de la orina pudo ser negativo debido a que no identifica consumo de cocaína por un período mayor a 72 horas, porque el kit utilizado no presenta reactividad cruzada con el metabolito principal que se genera cuando se consume PBC o porque el kit no es de la calidad adecuada.

En otro caso, en una consumidora ocasional de PBC, que según sus declaraciones abandonó el consumo al reconocer su embarazo, el equipo de salud realizó estudio en orina. En estas circunstancias el estudio en orina fue positivo, pero el estudio en el meconio fue negativo, por lo cual se deberían confirmar los resultados del estudio de orina, ya que si fuera un falso positivo en orina, este hecho puede tener consecuencias muy negativas para la mujer y su familia.

A continuación analizaremos otra muestra de embarazadas en quienes no se realizó en todos los casos estudios de muestra de meconio y contamos con los datos de los estudios de muestra de orina de la madre y del recién nacido, así como las declaraciones de las mujeres respecto a sus prácticas de consumo.

Caso número	Diagnóstico clínico	Declaró consumo antes del embarazo	Frecuencia consumo antes embarazo	Declaró consumo durante embarazo	Frecuencia consumo durante embarazo	Orina madre	Orina recién nacido
1	Sí	No	No	No	No	-	-
2	Sí	No	No	No	No	-	-
3	Sí	Sí	Semanal	No	No	-	-
4	Sí	Sí	Diario	No	No	-	-
5	Sí	Sí	Diario	No	No	-	-
6	Sí	Sí		Sí	Una vez por semana o menos	+	+
7	Sí	Sí	1 a 3 veces por semana	Sí	1 mes o menos	+	+
8*	Sí	Sí	Una vez al mes o menos	No	No	+	+
9**	Sí	Sí	Todos los días	Sí	1 a 3 veces por semana	-	-
10	Sí	Sí	Diario	Sí	3	+	+
11	Sí	Sí	Diario	Sí	Todos	+	+
12	Sí	Sí	Diario	Sí	Todos	+	+
13	Sí	Sí	Diario	Sí	Mes	+	+
14#	Sí	Sí	No responde	Sí	No responde	-	-
15	Sí	Sí	Diario	Sí	Todos	+	+
16	Sí	Sí	Diario	Sí	Todos	-	+
17	Sí	Sí	Diario	Sí	Todos	+	+
18	Sí	Sí	Diario	Sí	Todos	+	-
19	Sí	Sí	Diario	Sí	1 a 3	+	+
20#	Sí	Sí	Diario	Sí	Por semana	-	-
21	Sí	Sí	Diario	Sí	Todos	+	+
22#	Sí	Sí	Diario	Sí	Todos	-	-
23#	Sí	Sí	Diario	Sí	1 a 3 por semana	-	-

Tabla 11. Resultados de muestras de estudio de cocaína en orina de 23 embarazadas atendidas en el Hospital Pereira Rossell en el 2013/2014. -Estudio por inmunoanálisis en orina negativo. +Estudio por inmunoanálisis en orina positivo. *Estudio de meconio del recién nacido, resultado negativo para derivados de cocaína. **Estudio de meconio del recién nacido, resultado positivo para derivados de cocaína. #Ingresaron en período expulsivo directo a sala de partos con elementos de intoxicación por PBC.

Si observamos el resultado positivo o negativo de la orina de las mujeres, en 5 de 15 casos existía consumo de la sustancia en las 72 horas previas al nacimiento de su hijo, según las declaraciones personales y los resultados del análisis de muestras de orina de la mujer fueron negativos. Los resultados del estudio en orina tuvieron un 33 % de casos falsos negativos. En dos casos los resultados de la orina de la madre no coinciden con los resultados de la orina del recién nacido. En el caso que la orina de la mujer es un negativo y la de su recién nacido es positivo no podemos asegurar si la orina del recién nacido es un falso positivo, debido a que no existe custodia de la muestra de la mujer y no se puede asegurar que la muestra le corresponda o si su resultado es falso negativo. En el caso de la orina de la mujer positiva y del recién nacido negativa es difícil realizar una adecuada interpretación, por no conocer el comportamiento del kit frente a diferentes concentraciones de los metabolitos en la orina.

Un estudio realizado por el Prof. Adj. Eleuterio Umpiérrez en el Instituto Polo Tecnológico de Pando-Facultad de Química analizó en forma experimental la validez de los kits en orina por inmunoensayo, utilizando concentraciones variables de benzoylecgonina en diferentes marcas comerciales que se utilizan en los laboratorios de los servicios de salud en Uruguay. Según sus resultados existe un 7 % de muestras que identifican cocaína en orina cuando no existe sustancia en la muestra. Además, en una marca el kit tiene resultados falsos negativos cuando la concentración de la droga es muy elevada en la orina (Umpiérrez, 2009).

Por otra parte, dependiendo del kit, existen diferencias en el criterio para definir si es positivo o negativo su resultado, considerando si hay una raya o no cuando usa kits de pasa/no pasa. Para lo cual son fundamentales el conocimiento y la experiencia de la persona que lo usa.

Concentración de Benzoylecgonina ng/ml	**A % positivos**	**B % positivos**	**C % POSITIVOS**
0	0	0	7
150	7	0	47
225	73	67	73
375	100	100	100
400	100	100	93

Tabla 12. Ensayos inmunológicos de orina (N=15) con concentraciones variables de benzoylecgonina en 3 marcas comerciales diferentes (A, B y C).

Los resultados anteriores exigen al equipo de salud y al sistema judicial considerar la necesidad de protocolos para la atención de estos casos, ajustados a derecho, elaborados por técnicos con una capacitación y conocimiento profundo del tema y sus implicancias.

Es importante definir cómo y cuándo es necesario solicitar consentimiento a la usuaria del sistema de salud para obtener muestras para conocer el uso de drogas ilegales en el momento actual y, además, considerar la necesidad de métodos confirmatorios precisos sobre la utilización de sustancias, para tomar decisiones con elevado impacto en la vida de la mujer, de su hijo y de su familia.

Referencias bibliográficas

BEHNKE, M.; SMITH, V. C. (2013): "Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus" Committee on Substance A, Committee on F, Newborn: *Pediatrics* 2013, 131(3):e1009-e1024.

COTTEN, S. W. (2012): "Drugtesting in the neonate". *Clin Lab Med*. 32(3):449-466.

FARST, K.; VALENTINE, J. L.; HALL, R. (2011): "Drug testing for newborn exposure to illicit substances in pregnancy: pitfalls and pearls". *Int J Pediatr*, 951616.

LÓPEZ, P.; BERMEJO, A. M.; TABERNERO, M. J.; CABARCOS, P.; ÁLVAREZ, I.; FERNÁNDEZ, P. (2009): "Cocaine and Opiates Use in Pregnancy: Detection of Drugs in Neonatal Meconium and Urine". *Journal of Analytical Toxicology*, Vol. 33, September.

MOREIRA, V.; BELLOCQ, B.; VEGA M.; UMPIÉRREZ, E. (2009): "Falsos negativos de cocaína por inmunocromatografía lateral detectados por GC/MS", VI Congreso Uruguayo de Toxicología Clínica, organizado por el CIAT, Hospital de Clínicas, Montevideo, del 4 al 7 de marzo de 2009.

UMPIÉRREZ, E.; MOREIRA, V.; BELLOQ, B.; VEGA, M. (2010): "Falsos negativos de cocaína por inmunocromatografía lateral", 6th Regional Meeting of TIAFT de 1 a 4 de noviembre 2010, Asunción, Paraguay.

VALENTINE, J. L.; KOMOROSKI, E. M. (1995): "Use of a visual panel detection method for drugs of abuse: clinical and laboratory experience with children and adolescents". *J Pediatr*. 1995 Jan; 126(1): 135-40.

WONG, S.; ORDEAN, A.; KAHAN, M. (2011): "Substance use in pregnancy". Maternal Fetal Medicine Committee; Family Physicians Advisory Committee; Medico-Legal Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *J. Obstet Gynaecol Can*. 33(4): 367-84.

Capítulo 7. Mujeres-madres-usuarias de pasta base. Maternidad y consumo en contextos de pobreza

Agradecimiento a Silvana Darré, Marcelo Rossal y Juan Scuro, por los comentarios que permitieron mejorar sustancialmente este texto. Agradecimiento especial a Valentina Gómez Sóñora, por haberme acompañado en las visitas de campo al Grupo Terapéutico y a todas las personas, principalmente a las mujeres, que participaron e hicieron posible este trabajo.

7.1. Presentación

Este es un trabajo de exploración etnográfica sobre maternidad y consumo de pasta base. Forma parte del proyecto que llevó adelante el Núcleo Interdisciplinario Infancia 2020 con mujeres usuarias de PBC que son atendidas en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell, al momento de parir. Con la intención de complementar y generar un diálogo con los datos que surgen de los estudios aportados por otras disciplinas, se busca conocer las condiciones de vida de estas mujeres, sus prácticas y discursos, enfocando en la trama sociocultural en torno a la maternidad y el consumo, y en las relaciones de poder que se producen en el contexto del hospital donde reciben asistencia al momento del parto y luego de este.

Las mujeres cuyas vidas aparecen retratadas en el texto son aquellas que dijeron haber consumido pasta base durante el embarazo, que sostenían dicha práctica al momento del parto o que el equipo de salud identificó como usuarias mediante la aplicación de *screening* de orina, técnica a través de la cual puede

detectarse la presencia de metabolitos de cocaína[1] entre 48 y 72 horas luego del último consumo (Moraes y otros, 2010a). Sin embargo, y en base a los resultados que arrojan los análisis que ha realizado el equipo interdisciplinario sobre el meconio,[2] donde también pueden encontrarse los metabolitos de cocaína, sabemos que no son ellas las únicas usuarias de pasta base o de clorhidrato de cocaína que se atienden en este hospital de maternidad. Hay una parte de la población que por las características de su consumo no llega a ser detectada en el momento en que ingresan al establecimiento, ni mientras permanecen allí. Las que sí lo hacen explícito son aquellas que sienten temor por las posibles consecuencias que puedan aparecer en la salud de sus hijos y quienes se encuentran más afectadas por el consumo; dicho en pocas palabras, las que no pueden esconderlo, ya sea por el deterioro físico —producto de la combinación entre el consumo en dosis elevadas y las condiciones de vida en las que se encuentran— o por los efectos de la abstinencia. Es específicamente acerca de las realidades de esta parte de la población de usuarias de pasta base que nos referiremos aquí.

La pertenencia de esta fracción casi en su totalidad a los sectores poblacionales sumergidos en la pobreza y la detección del consumo de pasta base y otras sustancias[3] son los disparadores de un dispositivo institucional que, buscando amparar fundamentalmente los derechos de los recién nacidos, pero también, aunque no de un modo tan evidente los de las mujeres, estudia sus posibilidades económicas, sociales y su estado psíquico para ejercer la maternidad. Así, al sopesar el equipo de salud los factores de protección y de riesgo que caracterizan cada caso particular, es especialmente examinada su actitud hacia el consumo. Estos elementos sostienen una relación estrecha; primero porque el “pasaje” por el hospital es una instancia en la que ocurre una etapa de un proceso de maternidad mucho más amplio, sobre el cual inciden las disposiciones normativas y prácticas de esta institución; y segundo, porque dado que la población de usuarias y usuarios de pasta base viven en

1 Los metabolitos son sustancias o moléculas generadas por el organismo a lo largo del proceso metabólico de otra sustancia. La presencia de metabolitos de cocaína puede estar indicando indistintamente el consumo de pasta base, clorhidrato de cocaína o crack, por lo cual con el uso exclusivo de este análisis no se puede identificar cuál fue la sustancia consumida.

2 El meconio es la primera deposición del neonato, que suele ser expulsado entre 12 y 28 horas después del nacimiento. “Se acumula desde el segundo trimestre del embarazo y es metabólicamente inerte, por lo que una vez los tóxicos o sus metabolitos llegan, permanecen fosilizados en altas concentraciones, permitiendo su estudio posterior” (Manrique, Puentes y Orjuela, 2007: 78).

3 Lo que más se problematiza es el consumo de pasta base, pero con frecuencia aparece el policonsumo en dosis que pueden implicar la exposición a mayores riesgos y de hecho es un asunto sobre el cual hay que ahondar. Alcohol, tabaco y marihuana son las sustancias cuyo consumo puede darse junto con el de aquella, como también en distintos momentos. En menor medida también aparece en esta población el consumo de clorhidrato de cocaína e incluso psicofármacos.

particulares condiciones de vulnerabilidad y violencia, los momentos en que son captados por alguna institución estatal resultan claves para dar inicio a procesos de inclusión social y acceso a sus derechos.

Habiendo transcurrido poco más de una década desde que aparece y se extiende el consumo de pasta base en Uruguay y en los países limítrofes,[4] en la actualidad el conocimiento que se tiene respecto a la composición de la sustancia, de sus efectos y repercusiones en la vida de los usuarios, es significativamente mayor que en los primeros años de la década del 2000. Esto ha contribuido a desnaturalizar ciertos discursos y prácticas estigmatizantes producidos en ámbitos mediáticos e institucionales, así como en el imaginario social. Sin embargo, es justamente por el estatus de legitimidad que este estigma ha adquirido, que distintas prácticas de violencia y discriminación hacia los usuarios siguen vigentes y, en particular, el ámbito de la salud, muchas veces solapadas tras mecanismos pretendidamente inocuos.

De acuerdo a lo expresado por distintos integrantes del equipo de salud del hospital, los primeros casos de consumo de pasta base supusieron una realidad completamente nueva y desconcertante. Esto es debido no solo a las dificultades en el vínculo con las mujeres usuarias, sino, en buena medida, a la escasa información con base científica de la que se disponía en ese momento sobre la sustancia y sus efectos, y a la ausencia de protocolos y orientaciones prácticas para el personal hospitalario. En aquel momento, como en el presente, las mujeres que reconocían el consumo eran aquellas que utilizaban dosis más elevadas o con mayor frecuencia, quienes comúnmente practicaban policonsumo de sustancias y procedentes en general de los sectores socioeconómicos más vulnerables. Esta realidad determinó que el equipo de salud asociara a la población de estos estratos sociales con el uso de esta sustancia, lo que implicó instalar en este espacio institucional un elevado nivel de prejuicio sobre estas mujeres (véase Moraes y otros, 2014a). Ser pobre equivalía rápidamente a ser consumidora, mientras que declarar el consumo se asociaba con la imposibilidad de hacerse cargo de sus hijos. Aunque los estudios realizados durante este tiempo diferenciaron los efectos del consumo de la pasta base de los de otras sustancias e introdujeron la discusión sobre cuánto afecta el contexto o el “ambiente” (para recurrir a la categoría de las ciencias médicas), esta visión persiste en algunos sectores del personal de salud.

De cara a la visibilidad y al estigma que pesa sobre esta sustancia y sobre quienes la usan, importa hacer énfasis en la existencia de prácticas de

4 En otros países de la región como Bolivia, Perú, Colombia y Ecuador su uso se conoce desde principios de los setenta (Castaño, 2000).

policonsumo y señalar que el uso de otras drogas, como por ejemplo de alcohol o psicofármacos, pueden pasar inadvertidos para el equipo de salud. En consecuencia, la vigilancia recae fundamentalmente sobre aquellas mujeres, al tiempo que se ignora la magnitud que otras problemáticas pueden implicar, descuidándose la atención en salud y los cuidados que todas las mujeres —al igual que sus hijos— requieren, antes, durante y después del embarazo.

Confiamos en que el conocimiento que aporten estas y otras investigaciones contribuirá a desnaturalizar el sentido común que está apoyado en las valoraciones sociales sobre las distintas sustancias y a desarmar la condena social hacia las mujeres que, cursando embarazos y siendo madres, sienten la necesidad de usar determinadas drogas, ya sea por deseo, como forma de aliviar angustias, de afrontar problemas o todo en su conjunto. En la misma línea, cabe apuntar que hace falta generar debates interdisciplinarios que aporten a la distinción de consumos problemáticos de otros tipos de consumos, que ayuden a conocer las prácticas de cuidado y a abordar las prácticas de riesgo. Sin ignorar que la pasta base tiene un fuerte poder adictivo, merece atención desde las diversas perspectivas, el hecho constatado en otros estudios como en los de este equipo, de que las prácticas de consumo son heterogéneas y que las relaciones o agenciamientos de los sujetos con las drogas también lo son. Las asociaciones entre pasta base, pobreza y delito, el desconocimiento de las motivaciones simbólicas y prácticas que llevan a su uso y la inmediata equiparación de su consumo a la adicción impiden avanzar en la generación de modelos de cuidado que contemplen la heterogeneidad de vínculos entre sujetos, sustancias y contextos sociales y respeten el derecho de los sujetos a decidir sobre sus propios cuerpos.

Por último, aun considerando la acumulación de estudios, lo que se conoce específicamente sobre las mujeres que consumen pasta base es escaso. En relación a ello, este trabajo espera contribuir a su comprensión desde las experiencias, las percepciones y los significados que construyen las mujeres.

7.2. Enfoque metodológico

El presente trabajo está sustentado en las premisas del método etnográfico, entendiendo a este como un proceso de conocimiento y comprensión de una alteridad emergente en un espacio dado de relaciones entre distintos sujetos, instituciones y el entorno; alteridad que es producto de la combinación de factores históricos, estructurales y culturales, y que se expresa de maneras singulares en la forma de ser y de estar de los sujetos.

De acuerdo al antropólogo Paul Farmer, cuando la búsqueda etnográfica se da en torno a poblaciones vulnerables y buscando desentrañar relaciones de

desigualdad socioeconómica, de género u otro tipo, una de las claves está en mantener el foco en lo que él llama la “materialidad de lo social” (2004: 308); es decir, en el examen de los modos en que la violencia estructural opera en los cuerpos y vidas de los sujetos, radicalizando diferencias, construyendo una otredad. Para Framer, la comprensión de los fenómenos de padecimiento social solo se torna completa si se coloca lo “etnográficamente visible” en diálogo con la historia y la biología (2004: 308), pues estas perspectivas pueden aportar información de relevancia para identificar la corporización de las desigualdades, bajo la forma de enfermedades, riesgos e incluso muerte, a lo largo del tiempo.

Los intercambios con las mujeres protagonistas de este trabajo tuvieron por escenario principal las instalaciones de un hospital público, pero el objeto de estudio, tal como fue presentado al comienzo, involucra cuestiones que desbordan el espacio de internación. El trabajo de campo tuvo dos etapas: la primera transcurrió durante la segunda mitad de 2013 y la segunda se desarrolló entre abril y mayo de 2015. Durante el primer período se entabló vínculo con buena parte de las mujeres que permanecían internadas luego del parto, entre quienes se sospechaba o se había confirmado el consumo de pasta base, al menos en algún momento del embarazo. Los primeros acercamientos con ellas se dieron de dos maneras: integrantes del equipo de salud nos presentaban en las salas donde estaban internadas o nos encontrábamos en el Grupo Terapéutico (denominado Grupo T) organizado por el Área de Salud Mental, a cuyas instancias fue permitido asistir. En varias ocasiones se entabló diálogo con sus familiares, generalmente otras mujeres (sus madres, hermanas), y con sus parejas, no siempre padres biológicos de sus hijos; aunque hay que decir que en buena parte de los casos se encontraban completamente solas y cuando había parientes o allegados con ellas, sus relaciones solían estar desgastadas y se tornaban frágiles.

La segunda rueda de trabajo de campo, pensada en función de complementar lo relevado durante 2013 y de conocer con mayor profundidad la perspectiva de los profesionales que atienden a estas mujeres, tuvo lugar entre los meses de marzo y abril de 2015, período en el cual se realizaron entrevistas con integrantes del equipo de salud. En esta ocasión se privilegiará mostrar las experiencias de vida de las mujeres antes, durante y después del período de internación, tomando en cuenta que en otro lugar (Castelli, 2015) ya se focalizó el análisis en los discursos de los profesionales que fueron entrevistados, y en las prácticas institucionales que fueron relevadas en las observaciones.

Salas de internación, pasillos, patios y otros sitios que conforman el establecimiento hospitalario fueron los espacios frecuentes del trabajo de campo. La conjugación entre su —en general— precario estado de salud, en

algunos casos también el de sus hijos[5] y los tiempos del dispositivo a través del cual se determinará a quién se adjudica su tenencia, hace que en buena parte de los casos las mujeres o sus hijos permanezcan internados como mínimo entre una y dos semanas. Estas circunstancias permitieron que nos encontráramos en repetidas oportunidades con la mayoría de ellas. En algunas ocasiones pude acompañarlas en su salida del hospital al momento del alta y nos mantuvimos en contacto durante varios meses, además de reencontrarnos en el grupo terapéutico con aquellas que continuaban concurriendo. Este seguimiento fue importante para comprender cómo se iba desarrollando su "pasaje" por el hospital, el cual implica permanecer un tiempo dentro de su estructura física, así como los vínculos que se producen con las distintas instituciones del Estado que intervienen en los procesos de maternidad y uso de drogas. Al hablar de "pasaje" referimos estrictamente a los espacios físicos, puesto que las relaciones, atravesamientos o dependencias de los sujetos a las instituciones, en tanto normas, tienen un carácter más permanente, más allá de lo cambiante, y son parte constitutiva de ellos.

La escucha atenta, la búsqueda de empatía y la intención de generar momentos donde relataran sus historias de vida fueron las premisas de las instancias de encuentro con ellas, lo que no supone indagar de forma exclusiva en los aspectos que consideramos "problemáticos" en sus trayectorias vitales,[6] sino, por el contrario, habilitar el diálogo sobre todo tipo de cuestiones, contemplando los silencios y aceptando los rechazos. En la interlocución con las mujeres una orientación metodológica específica fue la de privilegiar las instancias de diálogos informales y no recurrir a la entrevista estructurada y grabada. Los diálogos con ellas y las observaciones de las visitas al hospital, fueron registrados sistemáticamente en el diario de campo. Esta decisión se sostuvo en la estimación de que el trabajo debía ser lo menos invasivo posible, tomando en cuenta que se trata de mujeres que acaban de parir, que necesitan recuperarse y ser cuidadas, se sienten doloridas, sufren distintas

5 El consumo de cocaína (en forma de clorhidrato, pasta base o crack) durante el embarazo está asociado a mayor incidencia de infecciones maternas bacterianas, infecciones de transmisión sexual, entre ellas sífilis, HIV y hepatitis B y C, parto prematuro, desprendimiento de placenta normoinserta, abortos y óbito (Moraes y otros, 2010a: 102). En cuanto a los hijos de las usuarias, se sabe que los recién nacidos tienen menor peso, talla y circunferencia craneal, pero se entiende que también tiene un peso significativo la existencia de factores de riesgo sociales como pobreza, estrés, depresión, abuso, malnutrición, entre otros. Los estudios no han encontrado correlación directa entre consumo de pasta base y mayor incidencia de malformaciones congénitas (Moraes, González y otros, 2014b).

6 En algunos casos la temática del consumo de drogas y la maternidad eran traídos a la conversación sin mayores reparos, pero en general y debido a los miedos y tensiones generados en el contexto del hospital en relación a la tenencia de sus hijos, el tema del consumo era evitado, incluso negado, hasta que se despejaban las dudas sobre la función que estaba cumpliendo en ese lugar, y el hecho de que los intercambios que mantuviéramos eran de carácter confidencial y no incidirían en las decisiones que el equipo técnico del hospital resolviera.

afectaciones y, en particular, la mayor parte de las veces se encuentran solas, aspecto que revela una desprotección absoluta en un momento donde el cuidado y la contención por parte de otros es vital.

A su vez, mientras permanecen en el hospital y más aún si se trata de usuarias de pasta base u otras sustancias ilícitas como cocaína, los cuestionarios e interrogatorios son frecuentes, indagando sobre su vida, sus "proyectos", sus posibilidades de recibir apoyo por parte de familiares. Allí son, más que cualquier otra cosa, sujetos de intervención y, dada su comprometida situación, ellas deben mostrarse dispuestas a responder siempre; una actitud desobediente o insubordinada no es bien vista y puede ser sopesada por los distintos profesionales a la hora de realizar los informes. En las charlas comúnmente éramos interrumpidas por controles médicos u otros técnicos que aplican cuestionarios. También incidía el hecho de que las salas de internación cuentan con dos camas, por lo que, en general, además de ellas suele haber otra mujer embarazada o descansando luego del parto más alguien que las acompaña, lo que deja, cuando no teníamos oportunidad de dar un recorrido por el patio, por ejemplo, un espacio de encuentro reducido y delicado, que debe preservarse.

No usar cuestionarios estructurados y grabador me permitía ubicarme en un lugar más asociado a una compañía, a una escucha, antes de que a una de las funciones de intervención/control hospitalarias. Tal vez por ello, en repetidas ocasiones solicitaron que las acompañe cuando debían realizar trámites dentro del hospital o simplemente que regresara a verlas porque encontraron en la charla un momento para desahogarse y hablar sin reparos. Estas situaciones develan su necesidad de ser cuidadas y acompañadas sin valoraciones moralizantes de por medio, en un momento vital donde el deber moral indica que ellas deben mostrarse como cuidadoras.

Asimismo, no fue menor el hecho de ser mujer en el contexto de un hospital de maternidad, y es posible que buena parte de los espacios y situaciones a las que tuve acceso no hubieran sido accesibles de otro modo. En nexo con ello, dos características resultaron fundamentales: una reflexividad que coloca en su eje a la dimensión de género y el compromiso con todos quienes estuvieron involucrados en el proceso de investigación, pero principalmente con las mujeres, quienes son las protagonistas de las líneas que aquí se esbozan. Algunos dirán que esto supone parcialidad o falta de objetividad en las interpretaciones, pero entendemos que estos posicionamientos son necesarios cuando lo que abordamos son fundamentalmente tramas de desigualdad. El compromiso con nuestros interlocutores radica en el uso del texto etnográfíco como instrumento político para dar a conocer sus vidas; para

este caso, el compromiso de comprender y lograr mostrar a los lectores cómo estas mujeres hacen frente a las penurias cotidianas, incluso mediante el uso de drogas, y cómo en distintos espacios luchan por mantener su dignidad en tanto mujeres y en tanto madres. En este sentido hago propia la postura de Nancy Scheper-Hughes, para quien la etnografía puede ser utilizada no solo como un elemento de reflexión crítica, sino como una herramienta para la liberación humana (Scheper-Hughes, 1997).

7.3. Panorama: PBC y mujeres usuarias en Uruguay

El consumo de PBC en Uruguay alcanza, a la fecha, algo más de una década. Se ha señalado el inicio de la década de 2000 como momento en que se introduce esta sustancia en el mercado ilegal,[7] sus conexiones con las crisis económicas de Argentina y Uruguay en la expansión del mercado (Garibotto y otros, 2006), y sus vinculaciones con un proceso de transformación en las formas de producción, comercio y tráfico del clorhidrato de cocaína (Garibotto, Blikman, Equipo Intercambios; 2006: 12). Su breve historia, sin embargo, no ha impedido que se instalara como un problema social de relevancia, uno de cuyos ejes es la desigualdad social. Los datos aportados por el Observatorio Uruguayo de Drogas a partir de la 5.ª Encuesta Nacional en Hogares realizada en 2011, evidencian la existencia de una marcada concentración geográfica de los usuarios en los barrios montevideanos de menores recursos,[8] donde la prevalencia escala a un 4 %, mientras que la experimentación con en los últimos 12 meses para todo Montevideo era, para ese año, de 0,4 % (OUD, 2012). En Montevideo el consumo experimental duplica el del interior (1,5 % y 0,7 %, respectivamente), siendo entre varones cinco veces mayor que entre mujeres (2 % en relación a 0,4 %). Algunos años atrás, con la realización de la 4.ª Encuesta, se estimaba que la experimentación con pasta base en Montevideo era de 1 %, pero que en zonas socioeconómicamente más vulnerables la prevalencia llegaba hasta un 8 % (OUD, 2007).

---

7 El dato es confirmado por los usuarios, si bien existen ciertas variaciones al respecto. En un estudio previo (Albano, Castelli, Martínez y Rossal, 2014) encontramos que algunos señalan que ya se fumaba pasta base antes de 2000, la llamada *lata*. Esta modalidad de consumo refiere a la *merca cocinada* o *crack*, antes que a la pasta base, dado que para el consumo de esta sustancia lo que se utiliza es la *pipa*. *Pasta base* y *merca cocinada* son ambas cocaínas fumables, de efectos muy similares, pero son productos diferentes que se obtienen en el procesamiento de la hoja de coca, siendo el clorhidrato de cocaína (o *cocaína*) su producto intermedio.

8 Los datos aportados por las investigaciones antecedentes citadas, muestran que el consumo de pasta base aparece en trayectorias vitales de sujetos entre quienes ya se encontraba presente la vulnerabilidad bajo diversas expresiones; el consumo viene a profundizar una brecha social preexistente. Echar luz sobre este asunto es fundamental para desarmar el estigma que pesa sobre estas personas, tanto como para visualizar la complejidad de atravesar procesos de inclusión social.

Desde el OUD se ha dicho que de la comparación de los datos correspondientes a 2006 y 2010 no surgen variaciones significativas en cuanto a aumento o descenso del consumo, considerando que "puede sostenerse que en la población general el consumo de pasta base permanece estable" (Suárez y Ramírez, 2014: 15). Estos no son datos menores a propósito de las dimensiones sociales y sanitarias de esta problemática, sumado a que se trata mayoritariamente de una población joven, pero cuyo consumo tiende a perpetuarse. Significa que en la actualidad existen sujetos quienes, habiéndose iniciado en el consumo de pasta base cuando esta ingresa al mercado ilícito, en la actualidad su trayectoria de consumo —posiblemente con períodos de interrupción— supera los diez años. Sin desconocer los efectos que un consumo en dosis elevadas y prolongadas en el tiempo puede producir sobre los vínculos sociales y sobre la salud de los sujetos, este hecho viene a desmentir los pronósticos mediáticos que en un comienzo alertaban sobre la pasta base como una sustancia letal, que "mata en pocos meses".[9]

La mayor prevalencia de infecciones de transmisión sexual es otro de los problemas que afectan a la población de usuarios de pasta base en general, pero para algunas específicamente, como sífilis, aumenta entre las mujeres. Se ha constatado que la prevalencia de VIH se mantiene en el mismo rango para ambos sexos (6,3 % entre varones y 6,2 % entre mujeres) siendo este porcentaje once veces mayor que en la población en general, donde la prevalencia es de 0,45 %. (JND/UNODC, 2014: 45). Como señalan estos antecedentes, las variaciones significativas aparecen en relación a la edad: entre usuarios de 18 a 24 años alcanza un 3,5 %, mientras que entre aquellos de 30 a 39 años llega a 10,8 %, lo que según los autores "puede estar asociado más al tiempo de exposición de las prácticas de riesgo que a diferencias en las propias prácticas que los exponen a la infección" (JND/UNODC, 2014: 40). Esto se condice con los hallazgos de Osimani y otros, en un estudio anterior con usuarios de cocaínas no inyectables, en donde encontraron que "[l] a acumulación de años de consumo con prácticas de riesgo asociadas y su consecuente exposición a enfermedades, está en la base del fundamento de la mayor prevalencia de infecciones en los mayores de 25 años" (2005: 161).

A propósito de las prácticas de riesgo, se ha encontrado que entre usuarios considerados "problemáticos" el 16,1 % reconoce haber recibido

9 Para constatarlo basta con realizar una búsqueda entre distintos medios de prensa, uruguayos o argentinos. Un poco más cerca en el tiempo, también han circulado en los medios posiciones basadas en investigaciones periodísticas y en estudios de carácter empírico que contravienen este tipo de apreciaciones apocalípticas. Véase, por ejemplo: Alarcón, Cristian: "El paco en la clase media es invisible", *Página 12*, 22 de mayo de 2006. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-67228-2006-05-22.html>.

dinero, drogas u otras mercancías a cambio de relaciones sexuales, siendo esta práctica más común entre mujeres (39 %) que entre varones (12,6 %) (JND/UNODC, 2014: 35), aspecto reportado en la literatura sobre uso de crack (Bourgois, 2010; Inciardi, 1995; Telfair, 2001). Esto se condice con una significativa mayor proporción de mujeres diagnosticadas con sífilis: 20 % del total de mujeres de la muestra de dicho estudio, en relación a un 0,6 % en los varones (JND/UNODC, 2014: 42; Moraes y otros, 2014a). A su vez, la prevalencia de VIH positivo es mayor entre quienes declararon haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero o mercancías (alcanzando un 17,9 %), que entre quienes declaran como una de sus fuentes de ingresos habitual el trabajo sexual (12,8 %) (JND/UNODC, 2014: 48), lo que coloca a las mujeres en una posición de mayor riesgo, tomando en cuenta que son ellas, como se vio recién, quienes más recurren, coaccionadas por el sistema sexo/género dominante, a prácticas sexuales para acceder al consumo. Esto permite esbozar la hipótesis de que es en contextos de consumo y frente a la premura de obtener recursos para acceder al consumo de pasta base donde ocurren, mayoritariamente, determinadas prácticas sexuales de riesgo.

La literatura anglosajona sobre uso de *crack cocaine* y otras drogas como heroína y metanfetaminas entre mujeres que son madres es abundante y heterogénea; muchos describen características que también vemos presentes en este caso de estudio, por ejemplo las relaciones entre uso de drogas y pobreza, la estigmatización hacia las mujeres y sus formas de lidiar con las exigencias del consumo y el rol de madres, y los efectos de la normativa y la política pública en sus procesos de maternidad (véase, entre muchos otros, Banwell y Bammer, 2006; Bourgois, 2010; Gubrium, 2008; Maher y Curtis, 1992; Roberts, 1991; Sterk, 1999).

Desde las ciencias sociales se han realizado investigaciones cualitativas y trabajos etnográficos que abordan los contextos de uso y las prácticas de consumo de pasta base en la ciudad de Montevideo (Folgar 2003, 2006; Rossal, 2013; Albano y otros, 2014), como en las violencias de distinto tipo a las que están expuestas las personas —principalmente los jóvenes— que viven en condiciones de mayor precariedad (Fraiman y Rossal, 2009; 2011). Estos trabajos constituyen una información significativa para conocer y comprender cuáles son las condiciones de vida de estos sujetos, sus trayectorias de consumo, prácticas de cuidado, los vínculos con sus familias y su involucramiento en el mercado ilícito. Considerados en su conjunto, estos antecedentes abarcan una multiplicidad de aspectos que construyen una cartografía de las características del uso de pasta base y de la vida de los usuarios en Uruguay, mostrando también su evolución en el tiempo.

Sin embargo, entre las investigaciones que enfocan en la población de mujeres hay que notar que, principalmente, se ha prestado atención a los efectos sobre la gestación y específicamente sobre el recién nacido, lo que permite sugerir que se las ha considerado, aunque bien sea de manera implícita, "embarazadas" antes de "mujeres". Aunque la perspectiva de género ha estado presente, o quizás mayoritariamente la distinción de prácticas por sexo, se puede constatar la ausencia de estudios que profundicen sobre lo que les ocurre a las mujeres en los diversos planos de su vida.

Más allá de las fronteras nacionales, los aportes etnográficos de investigadoras argentinas y brasileñas son los antecedentes más específicos con que contamos en relación al consumo de pasta base entre mujeres. Hacia comienzos del 2000, encontramos para el caso brasileño la etnografía de Selva Lima da Silva (2000), en la llamada "crackolandia", zona central de la ciudad de San Pablo, que analiza las relaciones entre la prostitución y el uso de crack y los conflictos que esta práctica genera entre las mujeres. Para el caso argentino, en su etnografía María Epele (2010) estudia, además de diversos elementos y relaciones que se producen en territorios y contextos de consumo, los vínculos que se tienden con el sistema de salud, signados principalmente por la desconfianza y aspectos de las relaciones de pareja. Con anterioridad a esta publicación, la misma autora esboza en un artículo las barreras de acceso al sistema sanitario por parte de los usuarios de paco[10] (2007). Castilla y Lorenzo (2012, 2013) también han aportado a la caracterización general de las dinámicas de consumo en Buenos Aires, y de manera más específica han enfocando en las relaciones entre maternidad y consumo de paco en el contexto de barrios marginales de esta misma ciudad, privilegiando el análisis de las afectaciones emocionales. Camarotti y Touris (2010) se abocan a la caracterización del consumo de pasta base/paco entre mujeres, pero sobre todo a describir una experiencia de trabajo desde la metodología de la "investigación-acción participativa". Cabe mencionar también los aportes realizados por Epele (2012) y Castilla, Olsen y Epele (2012), que esclarecen principalmente aspectos de las prácticas de cuidado y relaciones familiares.

En Uruguay un aspecto significativo en relación a la población de mujeres que han puesto en evidencia los estudios arriba mencionados, es el hecho de que constituye una pequeña porción de la población total de usuarios de pasta base estimados en Montevideo y su área metropolitana (el 80 % serían varones, mientras que las mujeres solo representarían un 20 % del total) (Suárez y Ramírez, 2014). Al mismo tiempo, la hipervisibilización de

10 Denominación que recibe la pasta base de cocaína en Argentina.

la porción de usuarios varones plantea varias dificultades sobre la población de mujeres: la invisibilización de problemáticas específicas que ellas deben afrontar, más aún en situaciones de embarazo y luego, al tener que hacerse cargo de sus hijos; su exposición a mayores riesgos en contextos de consumo mayoritariamente masculinos; la falta de reflexión y la reproducción de criterios andro y sociocéntricos en la atención que reciben desde distintas instituciones.

7.4. Maternidades y desigualdad

En las sociedades occidentales la maternidad se ha construido, desde algunos siglos a esta parte, como aquello que define a las mujeres, "ha sido la institución más esencializada, al punto de confundírsela con la femineidad y hacerla aparecer ligada a principios universales" (Tarducci, 2008: 10), pero las cosas no siempre han sido así. Como señala Elizabeth Imaz, la cristalización del proceso de "maternalización de la mujer" se da durante el siglo XVIII (2010: 24). Quizás en el presente estemos avizorando algunas mudanzas en este modelo, pero no deja de ser la concepción paradigmática. Es interesante observar que condiciones que hoy se juzgan inescindibles en las mujeres (la capacidad biológica de reproducción, el comportamiento y atributos morales sobre la maternidad), en otras épocas ocurría del modo contrario. En 1597 en el Oxford English Dictionary se "introduce el término motherhood, distinguiéndolo de maternity [hecho que] implica la distinción analítica entre las labores de crianza desarrolladas por la madre y el hecho de dar a luz" (Dally, 1983, citado en Imaz, 2010: 30).

A través de la naturalización de la maternidad como destino biológico y social de las mujeres se ha aceitado una poderosa maquinaria de sujeción y, mediante esta, de control de sus cuerpos y su sexualidad; incluso, como se podrá apreciar en este caso, de supeditación de sus derechos como mujeres en relación a los de los hijos. Las feministas y teóricas del género alineadas en la perspectiva desarticuladora del "amor maternal" (véase Saletti, 2008) han dedicado cuantiosos esfuerzos en demostrar que esta relación no responde a atributos sustanciales de lo que también se ha construido como "sexo femenino", al igual que lo ha hecho la antropología abocándose a desentrañar las tramas entre lo cultural y lo biológico, lo particular y lo universal (Ávila, 2004). En este sentido, ideas tales como el "instinto" o el "amor maternal" responden a construcciones sociohistóricas antes que a absolutos inalterables y guardan estrecha relación con las urdimbres culturales, políticas, económicas y científicas. La definición de los atributos de la femineidad y la maternidad

puede entenderse, en última instancia, como un ejercicio de poder enlazado a las condiciones sociohistóricas particulares.

Si bien en determinados ámbitos esta perspectiva crítica se ha ido extendiendo, la maternidad aún es terreno de esencialismos. La construcción dominante ordena que el lugar de la mujer, pero solo en tanto madre, es un lugar sagrado, en la medida en que su cuerpo reúne y organiza las fuerzas de la "naturaleza" a través de la procreación.

Durante el embarazo:

> (...) por fin su cuerpo es de ella, puesto que es del hijo que le pertenece. La sociedad le reconoce su posesión y la reviste, además, de un carácter sagrado. El seno, que antes era un objeto erótico puede exhibirlo ahora, porque es fuente de vida. (De Beauvoir, 2013: 480).

Esta posición social distinguida, distinto que privilegiada, puesto que el modelo continúa siendo patriarcal, resulta irreprochable solo si la mujer/madre cumple con lo esperado, es decir, ser una buena madre. En tal sentido, la maternidad está impregnada de, y así, fabricada por, atributos morales que la tornan un elemento en disputa; sostenida en un conjunto de dispositivos pedagógicos y disciplinarios de las mujeres, la maternidad puede entenderse, como ha propuesto Silvana Darré (2013) retomando el concepto de Teresa de Lauretis, como una "tecnología de género".

Ser madre supone al mismo tiempo una posición y un estatus social irreversible, más allá de las múltiples posibilidades en que puede devenir. Así, entonces, si toda mujer es una potencial madre y serlo supone determinados atributos morales que deben incansablemente ser demostrados, pensar las conexiones entre maternidad, consumo de pasta base y pobreza —tríada que sintetiza las características de estas mujeres más expuestas al escrutinio del orden médico y jurídico dominante—, pareciera ofrecer si no situaciones excluyentes, al menos realidades signadas por una tensión permanente. Si ser usuaria de pasta base y pobre comporta una posición social desacreditable (Goffman, 2006), y por tanto estigmatizada, ello no es compatible con las exigencias de la maternidad.

En un estudio etnográfico previo encontramos que una de las alteridades que diferencian a los usuarios de pasta base, fundamentalmente por esta posición social marginal, radica en un reforzamiento de ciertos valores tradicionales: la idealización de la familia, entre los hombres ser un padre proveedor, y entre las mujeres ser una madre cuidadora (Albano y otros, 2014). Esto no es contradictorio con el hecho de que en los últimos tiempos la población de los estratos sociales más bajos se han caracterizado por un aumento de

núcleos familiares de jefatura femenina, en donde las mujeres asumen ambas responsabilidades: proveer y cuidar. Por el contrario, en los discursos y prácticas los esquemas simbólicos se conectan de manera profunda. Observar estos enlazamientos y sobre todo el modo en que opera la dimensión de género, es lo que nos permite comprender cómo aun viviendo en las mismas condiciones, mujeres y varones ocupan lugares simbólicos y realizan prácticas distintas, establecen relaciones y cuentan con oportunidades que no son las mismas.

Sobre este punto, una investigadora de la CEPAL ha advertido que:

> (...) junto con el incremento de la participación femenina en el mercado de trabajo, la presencia de mujeres entre los desocupados es desproporcionada y, particularmente, de aquellas provenientes de hogares pobres. Se sabe, así, que las familias encabezadas por mujeres padecen, negativamente, las consecuencias de la menor capacidad que ellas tienen para obtener ingresos, tal como se reconoce, por otra parte, el impacto positivo que genera el ingreso femenino y de otros miembros de la familia en mitigar la pobreza. (Montaño, 2003: 363).

En los sectores sociales de mayor capital social y poder adquisitivo, también están presentes los valores que en esta población vemos con una mayor intensidad, pero se han ido matizando en relación a cambios sociohistóricos. Por ejemplo, con la incorporación masiva de las mujeres en el trabajo fuera del hogar, nuevamente, como ocurrió hasta bien entrado el siglo XIX, cuando las mujeres de los sectores populares trabajaban como “amas de leche” o nodrizas en las familias de elite, las tareas de cuidado y crianza se abren paso en el mercado de trabajo como ocupaciones remuneradas, y se popularizan instituciones como guarderías y colegios, donde, vale recordar, son principalmente las mujeres quienes allí se emplean. Entre mis interlocutoras pagar por el cuidado de sus hijos no es una opción y, aun cuando en los hechos muchas de ellas se encarguen tanto de cuidarlos como de proveer a la familia de lo necesario para sobrevivir, las interpelaciones más fuertes aparecen cuando no logran cumplir con el mandato de la madre cuidadora[11] (Albano y otros, 2014). Es posible suponer que la redistribución de

11 Victoria Castilla y Gimena Lorenzo han propuesto la expresión “emociones maternales suspendidas” para referirse a la experiencia de las mujeres en contextos de consumo o cuando se encuentran de *gira*. Según las autoras las “emociones maternales suspendidas” remiten a la supresión transitoria de la capacidad de expresar los sentimientos vinculados a la afectividad filial entre madres e hijos, sin negar *per se* la persistencia del sentimiento de amor materno (2012: 80), y más abajo señalan que lo que aquí entendemos como interpelaciones morales, o las “emociones suspendidas” emergen en el momento de *bajón*, una vez finalizada la *gira* (2012: 82). Sin desconocer que la propuesta teórica de las autoras se ajusta a las vivencias de estos sujetos, cabe notar que se trata de una noción que remite a un concepto esencialista del amor maternal.

los cuidados de los sectores medios y altos también dé lugar a interpelaciones entre las mujeres (como por ejemplo, que no se pasa suficiente tiempo con los hijos), pero a los ojos de la sociedad esto es secundario frente al hecho de que, aunque sea delegando, efectivamente se cumple con la norma elemental: el cuidado. Conviene no perder de vista la dimensión moral de este complejo entramado que involucra posiciones de género, mandatos sociales y formas de exclusión social, en tanto, como seguiremos viendo, nos permitirá atisbar el entramado entre prácticas, discursos y valores en las vidas de estas mujeres.

Semana a semana decenas de mujeres de distintos barrios de la ciudad de Montevideo y su área metropolitana y en menor medida del interior del país, paren en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell, provenientes, buena parte de ellas, de los sectores poblacionales de menores recursos.[12] Es sobre todo —pero no únicamente— entre mujeres de estos sectores sociales que se concentra el consumo de pasta base.

Los antecedentes citados dan cuenta de que el uso de esta sustancia aparece asociado a niveles educativos bajos y muy bajos, informalidad laboral y pobreza (Suárez y Ramírez, 2014; Albano y otros, 2014). Pero la precariedad de sus condiciones de vida no es causa del consumo pasta base, si bien se profundiza con esta práctica; se trata de realidades que hunden sus raíces en dimensiones estructurales y que tienden a reproducirse. En nuestras sociedades contemporáneas, en estos sujetos encuentra su expresión máxima lo que Löic Wacquant (2001) llama “nuevo régimen de marginalidad urbana” o “marginalidad avanzada”.13 Un aspecto sustantivo en la configuración de la exclusión radica en las trayectorias educativas. Existe evidencia de que aunque socialmente se lo considere un logro individual, el desempeño en el sistema educativo muestra patrones de reproducción intergeneracional (Filardo, 2011). Entre usuarios problemáticos de pasta base, los estudios indican que más de la mitad no han superado más de 6 años en la educación formal, pero su

12 Algunos indicadores al respecto los aporta el Informe de Gestión de Maternidad 2013 del Centro Hospitalario Pereira Rossell, de acuerdo al cual, de las madres atendidas ese año el 0,3 % no poseía instrucción, el 41 % tenía solo educación primaria y el 54 % secundaria; el número de nacidos vivos, de acuerdo al lugar de residencia de las madres, aumenta para barrios caracterizados por una mayor precariedad (de un total de 7729 nacidos vivos, en 1357 de los casos la madre vivía en el Cerro, 823 en Sayago, 560 en Jardines del Hipódromo, 535 en Pajas Blancas, 507 en Casavalle-Marconi); datos que se condicen con bajo peso al nacer según lugar de residencia de la madre (de un total de 616 nacidos con bajo peso, en 90 de los casos la madre residía en el Cerro, 46 en Sayago, 43 en Pajas Blancas, 38 en Casavalle-Marconi; y de un total de 141 nacidos con muy bajo peso al nacer, en 19 de los casos el lugar de residencia de la madre era el Cerro, 8 en Ciudad Vieja, 8 en Casavalle-Marconi, 7 en la Unión, y 7 en Pajas Blancas). (CHPR-ASSE, 2013).

13 Wacquant (2001: 171 y ss.) dice que existen cuatro lógicas que, en su conexión, conforman la nueva marginalidad: la creciente desigualdad en el contexto de un avance y prosperidad económica global; las transformaciones en la esfera del trabajo, signadas por la eliminación de millones de empleos semicalificados por el avance de la automatización, y la degradación y dispersión de las condiciones básicas de empleo, remuneración y seguridad social; el achicamiento y desarticulación del Estado de Bienestar; y la conglomeración y acumulación de la población marginalizada en áreas irreductibles, territorialmente estigmatizadas.

desvinculación del sistema educativo es anterior en sus trayectorias vitales, al inicio del consumo de esta droga (Suárez y Ramírez, 2014), por lo que es posible asumir la preexistencia de un régimen de exclusión y la ausencia de factores de protección en esta población.

Características significativas que conforman el desigual orden de género mencionadas por Filardo confirman que existe una brecha mayor entre mujeres de menor nivel educativo y aquellas que alcanzan formación terciaria, con respecto a lo que ocurre entre varones; a su vez, aunque los varones repitan más que las mujeres y presenten mayores porcentajes de "repetición repetida", en última instancia reciben mejor salario promedio, para todas las trayectorias educativas (Filardo, 2011: 51).

Lo que hasta aquí hemos podido apreciar en términos estadísticos, tomaba cuerpo en los relatos de las experiencias de vida de las mujeres que conocí en el hospital. En una de las visitas me fue presentada Johana,[14] a quien más tarde describía en el registro de campo de la siguiente manera:

> Johana es una joven de 25 años, vive en La Teja. Se inició en el consumo de pasta base en torno a los 15 años. En los días que lleva internada, su madre cuida de sus tres hijos de 5, 7 y 10 años. Comentó que tiene pareja, un veterano de cuarenta y pico de años, me dijo, un poco ofuscada, y 3 hermanos. Eran cinco hermanos, pero uno de ellos murió de sobredosis de pasta base,[15] acontecimiento traumático en su trayectoria de vida que de no haber ocurrido, cuenta, no estaría acá. Johana atribuye a la muerte de su hermano el haberse convertido en adicta, categoría que utilizó para definirse.

Mientras conversamos, insistió que la relación que mantiene no está fundada en el amor, sino en una conveniencia mutua. Hace varios años que están juntos, "pero yo no estoy ni ahí con el viejo y él lo sabe", expresaba con franqueza. ¿Él te ayuda?, le pregunté.

Sí, él me ayuda, es el padre de mi hija, por decir algo, porque le dio el apellido. En estos años yo he hecho y deshecho a mi manera, yo manejo mi vida.

---

14 Todos los nombres han sido modificados para proteger la identidad de las mujeres que participaron de este estudio.

15 No es común que esto ocurra entre los usuarios problemáticos de pasta base; como se apuntó, lo que suele suceder es que esta práctica se extiende a lo largo del tiempo. Lo que sí tiene lugar de manera mucho más frecuente es que los usuarios se vean involucrados en episodios de violencia donde muchas veces se pone su vida en juego. Esto responde a las dinámicas que impone un mercado ilícito como este, en el cual las deudas y cualquier otro tipo de conflictos se resuelven mediante la forma más explícita que la violencia puede adoptar (Véase: Rossal, 2013). Las características que adopta la adicción a esta sustancia y el hecho de su precariedad cotidiana hacen que los usuarias asuman estos riesgos. Así, de varias de mis interlocutoras supe de hermanos u otros familiares suyos que habían fallecido en episodios vinculados al consumo de pasta base, pero no por el consumo en sí mismo. También, se trata de una población que presenta altos índices de intento de suicidio (Pascale y otros, 2010).

Hacer y deshacer a su manera tiene que ver con fugas en los momentos en que *estaba de gira*[16] o cuando tenía conflictos con él por el consumo. Su pareja, aunque proporciona cierto sustento para ella y sus hijos, no parece ser una figura importante en relación a los cuidados que ella necesita y esto habla, a su vez, de la fragilidad del vínculo entre ellos.

Johana practica la prostitución desde hace años, esa es su manera de obtener recursos de forma independiente, que no provengan de su pareja. Cuando comenzó había establecido contactos en el departamento de Durazno, donde trabajó en distintos prostíbulos y whiskerías. La primera vez me fui una semana para probar y después seguí. Había acordado con su madre que mientras ella trabajaba, aquella cuidaba de sus hijos. Así, pasó por la ciudad de Durazno y por otros pequeños poblados, pero la cosa fue cambiando y después no fue lo mismo que al principio, al principio hacía platales. Con ese dinero alcanzaba para atender las necesidades de sus hijos. Fue en los últimos años que comenzó a hacer la calle; a partir de entonces el dinero que obtenía era escaso y destinado de manera casi exclusiva al consumo.

En estos últimos años la pasta base se había convertido en un problema cada vez más importante para ella:

> Yo ando en la vuelta de mi casa, porque también ahí cerca está la boca, y es todo ahí, en la calle, entonces ya no hacía plata como antes, porque no tengo un lugar, una habitación donde poder llevarlos, entonces lo que hacés es ahí, en cualquier lado, atrás de un árbol, y te apurás para que todo sea lo más rápido posible y con esa plata salís directo para la boca.

No hace falta mucho para observar que “haciendo la calle” los cuidados disminuyen y los riesgos aumentan, si bien los prostíbulos y whiskerías también pueden ser escenarios de la explotación sexual. De su relato se desprende que se involucra en estas redes durante la adolescencia, cuando aún no tenía la edad legalmente establecida para ello. A su vez, aunque Johana expresó que con sus clientes utilizaba preservativo, en el hospital se le diagnosticó sífilis. Ella mostró desconocimiento sobre esta infección y atribuyó el contagio a su pareja. Entre los riesgos que vienen de la mano con el “hacer la calle”, se

16 *Salir de gira* es la expresión utilizada por los usuarios para referir a instancias de consumo intensivo que pueden extenderse por varios días, durante los cuales es posible que casi no se alimenten ni duerman. Se trata de una práctica común cuando se está en una situación de consumo problemático, durante las cuales la premura por conseguir más dosis de pasta base incrementa los riesgos a los que se exponen. Para *bajar*, es decir, para dejar de consumir luego de estas instancias, muchos usuarios refieren al uso de la marihuana como forma de estimular el sueño y el apetito. Para ampliar la información respecto a las dinámicas de consumo en general pueden consultarse: Albano y otros, (2014); Epele (2010); Castilla y otros (2012).

encuentra su exposición a distintas formas de violencia, fundamentalmente de tipo sexual y física:

> Haciendo la calle me ha pasado de todo, hasta me violaron y he estado cerca de la muerte: una vez en una boca me dieron dos tiros.

Johana se levantó la falda para mostrarme las marcas de los balazos que le dieron, en ocasión de que unos ladrones entraron a robar a la boca. La ilegalidad del mercado de la pasta base y su relación cercana con el administrador de la boca, la comprometían lo suficiente como para evitar recurrir a un centro de salud o para denunciar.

> No fui al hospital porque después tenés que hacer denuncias y todo, y para que no lo jodieran al viejo, que no era un mal tipo, aunque me dejó morir porque él tenía un chumbo y no lo sacó, dejó que me tiraran nomás. ¡Tenía un susto el viejo de que yo fuera a decir algo!, entonces después me regaló una tiza,17 como para que yo no dijera nada.

En el relato de Johana detectamos una continuidad o reproducción de la exposición y las violencias que vivió primero sufriendo explotación sexual, luego en el ejercicio de la prostitución en la calle y lo que sucede en la boca. A medida que su consumo se intensificaba, el ofrecer prácticas sexuales por escaso dinero o por pasta base se tornó el recurso más rápido y, quizás, el de mayor facilidad en el acceso, incluso estando embarazada.

7.5. Redes del comercio ilícito, violencias, (des)protección

En el transcurso del trabajo de campo, las narraciones sobre abuso sexual y violaciones en contextos callejeros, de consumo o familiares fueron bastante más frecuentes de lo que quisiera estar escribiendo en este momento, y revelaron una reproducción sistemática de la violencia basada en género. Especialmente en contextos de consumo, la violencia sexual, enmascarada bajo la forma de sexo-a-cambio-de-droga, pero también otras expresiones de violencia específicas hacia las mujeres como la humillación, la burla o el rechazo a su ofrecimiento de prácticas sexuales, pueden considerarse un lugar común en sus vidas.

Según lo planteado por Reginaldo Silva de Souza:

> (...) lo que posibilita la preservación de las redes de comercio ilícito (...) es justamente el uso de la violencia como factor distintivo y decisivo entre las redes informales y las ilícitas, ya que los lazos de naturaleza afectiva que marcan el sentido de pertenencia de tipo

17 Cantidad de pasta base o cocaína sin fraccionar, cuya forma y color son similares a las de una tiza.

> étnico, familiar o de amistad, poseen límites incompatibles con la extensión y multiplicidad de los segmentos sociales y culturales involucrados en los negocios comerciales ilícitos. (2004: 162).

Hemos constatado en estudios anteriores (Albano y otros, 2014, 2015) que la violencia física hacia los usuarios de pasta base es uno de los organizadores principales —si bien no el único— de las relaciones entre estos sujetos y quienes venden, o con la policía. Pero al dirigirse a las mujeres emergen otras expresiones de violencia que pueden aparecer combinadas con el castigo corporal, como formas de hacerlas pagar sus deudas o ahuyentarlas de los lugares de venta cuando no son bienvenidas; entre ellas, además de la solicitud de prácticas sexuales a cambio de droga, el desprecio de sus cuerpos y atributos sexuales, insultos que refieren a su falta de higiene o que sancionan sus incumplimientos como madres. Si entre los hombres suele interpelarse el honor y la valentía, la agresión hacia las mujeres se configura principalmente a través la subordinación, física y simbólica de su sexualidad —por transitiva de la agresión a sus cuerpos— y su rol social en tanto madres. La violencia se construye en base a un sistema sexo/género en el que los cuerpos de las mujeres son hipersexualizados y moralizados, reafirmándose así el régimen androcéntrico de las redes del mercado ilícito.

Entre las décadas de los ochenta y noventa, en el contexto del barrio East Harlem, en Nueva York, Philippe Bourgois (2010) registró prácticas de violencia sexual como violaciones colectivas a mujeres, entre hombres usuarios de crack. Bourgois sostiene que tales hechos no pueden observarse como episodios aislados y propone que guardan relación con la emergencia de reconfiguraciones en los roles de género, como una mayor presencia de las mujeres en el espacio púbico y la asunción de la jefatura del hogar de manera autónoma; reconfiguraciones que, aun “cuando hacen tambalear al patriarcado”, dice Bourgois, continúan reproduciendo la dominación masculina.

Puesto en sus palabras:

> Como en la mayoría de las clases sociales y los grupos étnicos estadounidenses y en el mundo no fundamentalista, las mujeres de El Barrio [East Harlem] procuran labrarse un espacio propio con mayores derechos y autonomía. (...) Al igual que en otras épocas históricas en que se produce una redistribución del poder entre grupos antagónicos, la construcción de un nuevo espacio público femenino trae consigo angustia, sufrimiento y desenlaces contradictorios. Tales dificultades se agudizan debido a que el statu quo que impone la dominación masculina permanece fundamentalmente intacto. (...) Por otra parte, los hombres, a medida que pierden su antiguo poder

> autoritario en el hogar, arremeten contra las mujeres y los niños a los que ya no pueden controlar. (...) Asimismo, la nueva economía neoyorquina, dominada por el sector financiero, no provee ingresos suficientes como para permitirle a un desertor escolar mantener por cuenta propia a una familia (...) los jefes de hogar que hoy en día en los peores casos representan impotentes fracasos económicos, experimentan estos cambios estructurales como un severo ataque a su sentido de la dignidad masculina (Bourgois, 2010: 229-230).

El escenario que aborda Bourgois y el momento histórico en que lo hace son distintos a estos, pero sus observaciones resultan de utilidad. El "labrarse un espacio propio con mayores derechos y autonomía" ha de entenderse antes que como una búsqueda intencionada, como un resultado en la manera de sobrellevar las adversidades, es decir un ordenamiento de los recursos disponibles, uno de cuyos efectos puede ser la conquista de mayor autonomía. Pero la obtención de derechos responde a lógicas institucionales y difícilmente emerja como discurso de estas mujeres en tales términos. Las mujeres reclaman por estar con sus hijos, no por su derecho a la maternidad; solicitan que se les practique una ligadura de trompas para evitar tener más hijos, pero no hablan de tener control sobre sus cuerpos y sexualidades. Aunque de diferentes maneras ambos discursos puede estar procurando similares resultados, las nociones de las que parten y sus efectos de realidad no son iguales, pues uno se configura en base a las moralidades y a un *habitus* de género específico (Bourideu, 2000; Lamas, 2000), mientras el otro se sostiene en la noción moderna de sujeto.

Sí puede entenderse que cierto nivel de autonomía surge del afianzamiento de las relaciones femeninas, por ejemplo, al encontrar mayor predisposición de apoyo entre las integrantes mujeres de sus redes familiares o vecinales, al asumir la jefatura del hogar y al ser respaldadas por ciertas disposiciones de la política pública, como el pago preferencial de la asignación a las madres.[18] No obstante, como apunta Bourgois, ello también acarrea "angustia, sufrimiento y desenlaces contradictorios", puesto que las relaciones

---

18 Esta disposición entra en vigencia con la aprobación de la Ley 18227 de Asignaciones Familiares en enero de 2008. La primera ley de asignación familiar en Uruguay data de 1943; consiste en una prestación económica otorgada por el Banco de Previsión Social (BPS) a los hijos o menores a cargo de trabajadores, a partir del momento en que se constata el estado de gravidez, variando de acuerdo a los ingresos del hogar. Desde enero de 2008, con la aprobación de la citada ley, la asignación familiar pasó a ser un derecho de los niños que integran hogares de vulnerabilidad socioeconómica o estén en atención de tiempo completo en establecimientos del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay o en instituciones que mantengan convenios con dicho Instituto. El monto que los beneficiarios reciben se calcula multiplicando $ 700 por el número de beneficiarios integrantes del hogar que no padecieren incapacidad (en caso de discapacidad el monto es mayor) elevado al exponente 0,6 y de dividir la cifra obtenida entre la cantidad de aquellos. Véase: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18227&Anchor=>. Para el caso de nuestras interlocutoras, el acceso a la asignación familiar se da en el común de los casos con posterioridad al parto, puesto que los controles prenatales son poco frecuentes.

siguen estando atravesadas por el modelo patriarcal-heteronormativo y las condiciones estructurales de vulnerabilidad no se modifican. Es así que del funcionamiento de redes de contención entre mujeres no puede desprenderse de manera lineal la existencia de un empoderamiento; ellas desean y buscan tener parejas y, en muchos casos, la salida momentánea a determinados problemas familiares o carencias económicas que un hombre puede ofrecer es una razón de peso; no olvidemos, además, que en ocasiones ellos las proveen de dinero para el consumo o consumen a la par, circunstancias en las cuales sus hijos suelen quedar a cargo de la familia materna y ello contribuye a aumentar las tensiones y conflictos a la interna de las familias.

Los aspectos mencionados ayudan a comprender, en parte, la importancia que las mujeres le atribuyen a las relaciones afectivo-sexuales con los hombres, más allá de la contención que sus madres o hermanas puedan ofrecer, aun cuando en estas relaciones ellas asumen mayores responsabilidades y se exponen a mayores riesgos, aspecto que se retoma más adelante. Asimismo, puede decirse que entre las mujeres que cuentan con un mayor sostén y acompañamiento de sus familias, la violencia sexual está menos presente que entre aquellas que aparecen más desprotegidas; esto no puede tomarse por regla, pero sí como un factor de protección. Aquellas que estaban viviendo en la calle, incluso durante el curso de sus embarazos, sin comunicación con familiares o con un relacionamiento conflictivo con ellos, experimentaban un desamparo extremo, en donde sus cuerpos sexualizados y su posición de género subalterna multiplican los riesgos de sufrir distintas violencias.

Por otra parte, la antropóloga Rita Segato, quien hacia mediados de los noventa desarrolló una importante investigación en el Distrito Federal de Brasil entre hombres que perpetuaron prácticas de “violación cruenta” (2010: 21), nos aporta observaciones que resultan esclarecedoras para comprender el sustrato simbólico de estas expresiones de las violencias.

Segato define la “violación cruenta” como aquella que:

> (...) es cometida en el anonimato de las calles, por personas desconocidas, anónimas y en la cual la persuasión cumple un papel menor; el acto se realiza por medio de la fuerza o la amenaza de su uso. (...) A diferencia de otras formas de violencia de género, es mínima su ambigüedad como acto cruento, posible gracias al potencial de fuerza física y el poder de muerte de un individuo sobre otro. (Segato, 2010: 21).

Para la autora, la violación ocurre a partir del “impulso agresivo propio y característico del sujeto masculino hacia quien muestra los signos y gestos de femineidad” (Segato, 2010: 23), de modo que excede a la distinción entre

hombres y mujeres, si bien son principalmente ellas quienes la padecen. La experiencia de mis interlocutoras muestra que sufrieron violaciones en la calle, comúnmente mientras ejercían la prostitución, pero también en espacios de compra-venta de pasta base, los cuales, dadas sus características de constante circulación de compradores anónimos, pueden considerarse igual de inseguros que la calle. Segato subraya que las evidencias dan cuenta de que no existe sociedad en la que la violación no tenga lugar, pero la variabilidad de esta práctica es notable, con lo cual es preciso atender y desentrañar sus configuraciones ligadas a lo cultural. Históricamente, sostiene la autora, existe un parteaguas entre las sociedades modernas y premodernas, relacionado al hecho de que en la modernidad, al extenderse la ciudadanía a las mujeres, estas pasan a ser sujetos de derecho a la par del hombre.

Así:

> (…) en condiciones de una modernidad plena o avanzada, ella deja de ser una extensión del derecho de otro hombre y, por lo tanto, la violación pierde el carácter de una agresión que transitivamente, afecta a otro hombre a través del cuerpo de la mujer, para ser entendida como un delito contra la persona de esta. En rigor, podríamos decir que la violación solo se convierte en un delito en el sentido estricto del término con el advenimiento de la modernidad. (Segato, 2010: 26).

No obstante, en Brasil (en el momento en el que lo estudia la autora), como también en Uruguay (actualmente),[19] en tanto las leyes tipifican la violación como "delito contra las costumbres", en lugar de "contra la persona", lo que ocurre, dice Segato, es una prolongación de la noción premoderna de una agresión que, a través del cuerpo de la mujer, se dirige a otro" (Segato, 2010: 27). Esto pone en evidencia que "el sojuzgamiento de la mujer al estatus masculino aún está vigente" (Segato, 2010). La actual tipificación que recibe la violación en la normativa uruguaya es un aspecto que merece especial atención —y sin duda revisión—, puesto que desconsidera los derechos de las mujeres y, para el caso de esta población en particular, socava las posibilidades

19 En Uruguay la violación es tipificada dentro de los "delitos contra las buenas costumbres y el orden de la familia" (Código Penal, Título X). Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/I2t10.htm>. Desde hace varios años las distintas organizaciones de la sociedad civil, en conjunto con la academia y organismos internacionales de derechos humanos vienen señalando las falencias del Código Penal uruguayo y reclamando por su modificación. En este plano, se demanda la tipificación de las distintas formas de violencia hacia las mujeres, la incorporación del delito de femicidio o feminicidio, y se denuncia la banalización de delitos sexuales que no implican penetración, entre otras cosas. Puede consultarse la declaración en conjunto que realizaron estas instituciones en: <http://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/85-proyectos/derechos-humanos/1132-reforma-del-codigo-penal-declaracion-de-las-organizaciones-de-la-sociedad-civil>.

de justicia y contribuye a su invisibilización al experimentar estas violencias en contextos mayoritariamente masculinos e ilícitos.

Partiendo de la base de que las mujeres usuarias de drogas ilícitas padecen una mayor sanción moral que los hombres, puesto que el ingreso a las redes de compra-venta supone transgresiones que están asociadas a la masculinidad, las formas específicas de violencia hacia ellas pueden estar significando, además de lo ya visto, modalidades de castigo y disciplinamiento frente a esta transgresión de su posición de género, así como castigos a terceros, por ejemplo, como forma de cobrarse deudas. A su vez, la complicidad entre quienes participan de las redes de comercio ilícitas —más allá de que puedan considerar estas prácticas ilegítimas— refuerza esta trama. La complicidad o el silencio puede responder al miedo a las represalias, pero también a que el involucramiento en redes de ilegalidad implica la adaptación de los sujetos a códigos que regulan ese espacio, aunque esto no supone el abandono de los valores morales a los que adscriben en otros ámbitos; esto es lo que el antropólogo Jarrett Zigon ha conceptualizado como "*moral breakdown*" (2007):

> (...) son momentos sociales y personales en que las personas o grupos de personas se ven obligadas a dar un paso fuera de su cotidianidad irreflexiva y pensar a través, averiguar, resolver por sí mismos y responder a ciertos dilemas éticos, dificultades o problemas. Estas rupturas morales se caracterizan por una exigencia ética colocada en la persona o personas que experimentan la ruptura y requiere que ellos encuentren una manera o maneras de seguir adelante y volver a la cotidianidad de las disposiciones morales irreflexivas.[20] (Zigon, 2007: 140).

Por ejemplo, el dueño de una boca o un intermediario que insta a una mujer a mantener relaciones sexuales a cambio de dosis de pasta base o que, por el contrario, si es de ella el ofrecimiento, lo rechaza y la humilla, puede considerar en otras circunstancias que este tipo de prácticas son denigrantes para las mujeres, y seguramente lo tome como un agravio si sucediera con alguna mujer de su familia. Asimismo, una mujer que consienta u ofrezca realizar intercambios de droga por sexo, más tarde puede sentirse avergonzada y señalar a este como un comportamiento impropio de una buena madre, puesto que lo hizo para consumir y no para alimentar a sus hijos. Tal era el discurso construido por mis interlocutoras.

---

20 Traducción propia.

7.6. Castigo, moralidades y sexualidad

Desde esta matriz que combina género y moralidades, los daños se inscriben sobre sujetos cuyos cuerpos (masculinizados y feminizados) portan significados diferenciales. La capacidad reproductiva de las mujeres las sujeta moralmente a un mayor cuidado del cuerpo, puesto que este porta ese capital específico que debe preservarse. Además, la imagen de la madre adicta las coloca en un lugar de alteridad radical, puesto que se proyecta en ellas la incapacidad de cumplir con el cuidado de la progenie. La imagen del cuerpo deteriorado de la mujer que consume pasta base representa la antítesis de la mujer que postula el modelo dominante: una mujer que cuida de los otros, de sí misma y que reproduce "saludablemente". El varón, en cambio, no está obligado a cuidar de su cuerpo y su salud del mismo modo, solo ha de cumplir con la provisión de la familia. No obstante, la sanción moral interiorizada no anula el mandato de la maternidad, por el contrario, en tanto sistema regulatorio, es la que produce sus condiciones de existencia. Muchas de estas mujeres tienen más de un hijo, algunas, aún jóvenes, llegan a tener 5, 6 o incluso más. Hijos que han sido criados compartiendo las condiciones de precariedad en las que ellas viven y enlazados a las vicisitudes de sus trayectorias de consumo.

El fenómeno demográfico no es novedad:

> Casi la mitad de la sociedad uruguaya se reproduce entre los sectores de más escasos recursos (43 % de los niños nace en hogares con necesidades básicas insatisfechas-NBI). El índice de natalidad de las mujeres con bajo nivel educativo (primaria completa o incompleta) duplica el índice de natalidad de las mujeres con mayor nivel de instrucción. (...) En términos promediales, la fecundidad en Uruguay es baja; sin embargo, el comportamiento reproductivo difiere según los niveles socioeconómicos al punto de permitir suponer que el remplazo demográfico en Uruguay se realiza gracias al comportamiento de los estratos más empobrecidos. (Rostagnol, 2012: 201).

Especial atención merecen, en el entramado de lo que se denomina "comportamiento reproductivo", sus actitudes hacia la práctica del aborto, puesto que, como ha encontrado Rostagnol, el análisis de esta práctica revela "una forma de estar en el mundo y una vivencia de la maternidad en el marco de proyectos de vida claramente diferentes por estrato social" (Rostagnol, 2012: 206). Entre las mujeres de los estratos más bajos "el aborto aparece poniendo fin a su etapa reproductiva o espaciando hijos" (Rostagnol, 2012: 206), mientras que las mujeres de sectores medios lo hacen como forma de

retrasar el ciclo reproductivo, “es decir que estos se realizan antes de tener hijos” (Rostagnol, 2012: 206).

Lo planteado por Rostagnol se en las vivencias de mis interlocutoras, quienes por lo general habían iniciado sus trayectorias reproductivas en la adolescencia y mostraban cierta resistencia y desaprobación hacia la práctica del aborto, tal vez por encontrarnos en un hospital de maternidad. El aborto no aparecía como una posibilidad frente al conjunto de dificultades que suponía afrontar un embarazo en sus precarias condiciones de vida y, con posterioridad, asumir los cuidados que la crianza demanda. Este punto merecería ser indagado con mayor profundidad, pues en el hospital las mujeres centraban sus discursos en su rol maternal, hablando principalmente de los hijos que tienen y de su deseo de cuidarlos. Además, los estudios han puesto de manifiesto que el aborto está presente en todos los estratos sociales (Sanseviero, Rostagnol, Guchin y Migliónico, 2003). Asimismo, en el momento en que inicié el trabajo de campo aún no se cumplía un año de la aprobación de la Ley 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, por lo que puede suponerse que desde ese momento a la fecha han ocurrido cambios. Cabe mencionar, por último, que varias mujeres relataron haber tenido hijos que fallecieron siendo bebés, aspecto también referido por los integrantes del equipo de salud quienes enfatizaron, en estos casos, la ausencia de cuidados mínimos como la alimentación o el abrigo, quedando al descubierto una realidad de desamparo que contrasta con el deseo de oficiar de madres construido discursivamente por las mujeres.

Otro aspecto de relevancia radica en las particularidades que supone el saberse embarazadas estando en situación de consumo. Como modelo tentativo podemos sostener que las posibilidades de tomar decisiones trascendentes, como puede ser el interrumpir un embarazo, están obstaculizadas por la conjunción entre una alteridad a nivel de la vivencia del tiempo y del cuerpo —varias de las mujeres entrevistadas dijeron haberse dado cuenta de que estaban embarazadas cuando ya tenían varios meses—, propiciada por la situación de precariedad que impone el consumo en dosis elevadas y prolongadas en el tiempo (Albano y otros, 2014); la idealización de la maternidad como vía para abandonar el consumo y las tensiones morales que suscita esta práctica. Así, entre las usuarias con un consumo más intenso, las posibilidades de decidir sobre sí mismas se estrechan severamente. Esto no significa que pierdan capacidad de objetivar y discernir, sino que se limitan sus posibilidades de resolver asuntos que apremian y que requieren de acciones específicas, como recurrir al servicio de salud, seguir cierto protocolo, etc., aspectos que se desarrollan más adelante. La falta de recursos y quizás también de información sobre la legalidad de la

interrupción voluntaria, del embarazo,[21] al igual que otros derechos sexuales y reproductivos, también pueden ser factores determinantes en el hecho de que prosigan con embarazos no deseados. En conjunto o por separado, cualquiera de estos aspectos parece ser suficiente para que el aborto no constituya una opción en sus horizontes de posibilidades, aun cuando los embarazos fueran producto de la negación de sus parejas estables a usar preservativo, violaciones, ausencia de cuidados suficientes en contextos de prostitución o de consumo, o con parejas temporales con quienes comparten el uso de pasta base. En situaciones de consumo problemático, quedar embarazadas pareciera ser la expresión culminante de una consecución de violencias que tienen como principal objetivo denostar sus cuerpos y sexualidad, colocándolas en una posición de encierro moral. Sin embargo, como se verá más adelante, la maternidad es concebida como la manera de escapar de las tramas del consumo, para retornar a las de la familia. El hecho es que los deseos, mandatos, prácticas y condiciones de vida concretas involucradas en el consumo y la maternidad, no son escindibles, excluyentes ni intercambiables.

Más allá de los ámbitos y redes de consumo, varias de mis interlocutoras dijeron haber sido abusadas sexualmente por sus padres o padrastros cuando eran niñas, y más adelante incluso por sus propias parejas afectivo-sexuales.[22] Cuando las violaciones aparecían en momentos de su vida previos a iniciarse en el consumo de pasta base, perpetuadas por figuras masculinas cercanas, otros mecanismos de coerción son puestos en juego determinando su permanencia en el ámbito privado, como la distancia generacional cuando eran niñas, la complicidad de terceros o la dependencia económica de las mujeres cuando se trataba de sus parejas. En tanto, cuando ocurrían dentro de las redes del comercio ilícito, implicaban perder toda posibilidad de denuncia formal. La repetición en distintos momentos de sus vidas, de formas específicas de violencia basadas en el género que están ligadas a su situación de vulnerabilidad socioeconómica, y la ausencia de denuncias, son indicadores de una vulnerabilidad que se agrava con el paso del tiempo, en tanto parecieran no existir elementos de protección asociados, al menos para que no ocurrieran nuevamente. Relatar este tipo de experiencias de vida en una entrevista personal, como solía ocurrir en nuestras charlas a solas, o en el grupo terapéutico, constituyen excepciones que, aunque pueden contribuir a

21 En Uruguay, el Estado reguló la interrupción voluntaria del embarazo en octubre de 2012, con la sanción de la Ley 18987. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>.

22 Otros estudios también dan cuenta del hecho de que mujeres que son usuarias de drogas han padecido violencia sexual en momentos anteriores de sus trayectorias vitales, como también en los contextos de consumo, y de que la incidencia del abuso sexual entre ellas es mucho mayor que en la población en general. Véase: (Llopis y otros, 2005:141).

hacer visible su padecimiento, en ningún caso subsana el daño moral y físico sufrido; en el común de los casos, estas violencias terminan en una suerte de naturalización del sometimiento, pasando a ser comprendidas como parte de lo que les tocó vivir.

Las violencias que sufren las mujeres en las redes del mercado ilícito se desdoblan en dos dimensiones, conjugando sometimiento y culpabilización: por un lado, ellas identifican estas experiencias como sucesos marcantes en los que fueron víctimas, pero además le atribuyen el significado de un castigo por haber descuidado sus responsabilidades maternales, al encontrarse enredadas en el consumo. Este proceso de resignificación pasa a incorporarse al repertorio de elementos de autoflagelo, presentes en la construcción de sus subjetividades como adictas, identidad que los procedimientos institucionales tienden a reforzar, al recordarles de forma permanente su práctica de consumo. “Podés dejar de consumir, pero nunca dejás de ser adicta”, era común escuchar en sus reflexiones. Pareciera ser que la marca que deja el consumo es tan irrenunciable como la condición de ser madre.

La incorporación a sus trayectorias vitales de formas cotidianizadas de violencias basadas en el género puede arrojar algo de luz para comprender sus representaciones, sentimientos y modos de vincularse con sus parejas. En lo que a ello respecta, las mujeres solían expresar frustración por los destratos que toleraban, porque no tenían a dónde ir o porque sentían que, a pesar de ello, sus parejas también las cuidaban, aspecto relacionado muchas veces a su dependencia, a la provisión económica que estos realizan. En varios de los casos, ellos habían sido en un principio clientes de ellas, en momentos en los que ejercían la prostitución. Las figuras masculinas presentes a lo largo de sus vidas comúnmente eran objeto de sentimientos encontrados, pues por momentos reparaban en el compañerismo, incluso para acompañar o emprender juntos períodos de abstinencia, en el caso de que ambos fuesen usuarios de pasta base (lo que Epele llama “rescate por amor” [2000: 193]), mientras que en otros remarcaban la falta de apoyo y comprensión. Con frecuencia reconocían sentirse desconformes, pero no abandonaban la idea del amor y la conformación de una familia. En los casos de mayor frustración y soledad, su anhelo era conseguir una casa para reunir a todos sus hijos.

7.7. Rosana

Al entrar a la sala Rosana tenía en brazos a la bebé de la compañera de habitación, mientras esta lavaba su ropita y la colgaba a secar en la ventana. Su hijo, en cambio, no estaba con ella, sino en la sala de cuidados moderados.[23] Accedió amablemente a que conversáramos, colocó con sumo cuidado a la bebé en la cama de enfrente y nos sentamos en la suya. Rosana había parido dos días atrás, llegó prácticamente directo a la sala de parto. Pudo tomarse un taxi porque justo unos días antes había cobrado la asignación de su hija mayor, pero tenía planeado tomar un ómnibus si no contaba con este recurso. Sus otros dos hijos (una nena de 4 y un varón de 2) quedaron a cargo de su hermana mayor hasta que le den el alta.

Vive con sus niños en el barrio Nuevo París, "en una casita de material". Me cuenta, con cierto orgullo, que no quiere un "marido", como suelen llamar a sus parejas, que prefiere rebuscarse por su cuenta. "Tampoco me voy a hacer monja —reveló entre risas—, pero prefiero estar sola".[24] Esto no es sorprendente, considerando las amargas experiencias que ha tenido. A los 15 años se fue a vivir con una pareja, pero la relación no perduró "porque él era muy celoso y me golpeaba", entonces se separaron. Poco tiempo después, a los 16, conoce a quien será el padre de sus dos primeros hijos y, durante algunos años, conforman una familia, mudándose a la casa donde actualmente reside. Estuvieron unos cinco años en pareja, pero "él era muy celoso también, y me levantaba la mano cuando yo no quería estar". La relación se terminó cuando él cayó preso. Rosana cuenta estos sucesos con naturalidad, de hecho actualmente, además de su ex, también su madre, cuñado y un hermano están en prisión. Me cuenta que a su ex pareja "le dieron 30 años por 13 rapiñas y varios secuestros *express*". Su madre, una mujer de unos 60 años, había sido "embagallada" por su cuñado, quien se dedicaba a vender pasta base y, en el momento en que allanaron su casa, acusó a su suegra como vendedora. Ambos están privados de libertad desde hace un año. "Mis hermanos están esperando que lo suelten para darle una golpiza", dijo Rosana, pero posiblemente esté allí un tiempo más, dado que la causa se había agravado por intento de homicidio a su pareja, la hermana de Rosana, a quien había rociado con un inflamable. A su madre, en cambio, posiblemente le den la libertad hacia fin del año 2015.

---

23 Se trata de un sector de internación aparte del que se encuentran las madres, donde permanecen los recién nacidos que presentan ciertos riesgos (por ej., niños prematuros, con bajo peso al nacer o en algunos casos, con síntomas de abstinencia).

24 Algunos meses más tarde volví a ver a Rosana cuando volvió a asistir al Grupo T. Al terminar la jornada salimos juntas, momento en el que comentó que estaba saliendo con un muchacho que tenía un trabajo estable. "Es algo así nomás —expresó—, pero él me da plata a veces para cosas de los nenes".

Para sobrevivir, Rosana ha tenido que agenciarse, a lo largo de su vida, con la precariedad cotidiana y las violencias. Cursó educación primaria, pero una vez en secundaria no logró ir más allá del primer año, y su desvinculación del sistema educativo no parece haber sido asunto de controversia en su entorno familiar. Las parejas que ha tenido la han maltratado y el padre del bebé que acaba de nacer "ni sabe que yo estaba embarazada". Con su pareja anterior el sustento para el hogar provenía de los atracos que él realizaba: "él me dio todo, aunque lo haya hecho robando", me decía Rosana. Con ese dinero compraron a su hermano la casa donde actualmente vive con sus hijos, "es chiquita, tiene un dormitorio nomás, pero tiene todo, azulejos y techo de chapa", dice describiendo el lugar, pero no dispone de agua corriente, por lo que para obtener al menos lo mínimo para la higiene y la cocina, va a buscar en bidones a una canilla pública a una cuadra de su casa.

Soltera y con dos (ahora tres) hijos a su cargo,[25] Rosana vive el día a día, más que por el consumo de pasta base, por sus condiciones de vida. "Tengo que facturar", me decía con insistencia, aludiendo a la necesidad de contar con un recurso económico para sostener a sus hijos, y esto lo hace revendiendo ropa usada que consigue con conocidos.

> El otro día le compre a uno una bolsa con dos poleras, un saco y una remera por veinticinco pesos y vendí todo en ciento cincuenta pesos; la vieja de la bolsa me dicen, porque ando por todos lados con las bolsas llenas de ropa.

Logra mantenerse con eso, la asignación y la ayuda que le da a veces alguno de sus hermanos.

> Mi hermano a veces me pregunta si tengo para hacer para comer y le digo que no, entonces él me da.

Saca fiado en el almacén y paga cuando consigue unos pesos, lo que muestra ciertos lazos de confianza en el barrio.

En lo que atañe al consumo de pasta base durante el embarazo, Rosana admite que mantuvo esta práctica durante cuatro meses, pero no llegó al momento del parto habiendo consumido. Conocía la pasta desde mucho antes, ya en su adolescencia había probado "basoco",[26] pero no llegó a convertirse en un hábito. Rosana asocia el consumo de pasta base durante este embarazo a la angustia de no saber qué hacer para alimentar una boca más y al hecho

---

25 En el caso de Rosana los distintos técnicos y profesionales del hospital estimaron que ella podía hacerse cargo del hijo que acababa de tener y le otorgaron la tenencia.

26 Cigarrillo de marihuana y pasta base de cocaína.

de no contar con el apoyo de su madre en este momento. Me dice que con lo que obtenía de la venta de ropa compraba tres o cuatro chasquis por día y destinaba el resto a la alimentación de sus hijos y suya.

> Tenía que fumar de mañana. Cuando ellos no me veían y estaban jugando, me encerraba en el baño y ahí fumaba.

Algunas otras dosis las distribuía a lo largo del día y al fumar a la noche el último, por el cansancio de la caminata diaria, no le daba más que para quedarse dormida. Consumía siempre sola y sin que sus hijos la vieran.

Las frustraciones en relación a sucesivas experiencias de violencia en sus relaciones amorosas conducen a muchas de estas mujeres a idealizar la relación madre-hijo, lo que se acentúa por las características de escasez de sus vidas cotidianas y por el hecho de que suelen ser de padres diferentes. Así, sus hijos son lo único que sienten como propiamente de ellas. Esta idealización implica que los hijos sean representados como aquello que las salvará de la adicción, dicho de otra manera, el oficiar de madres pareciera ser la única forma de trascender su estado de desposesión, discurso que se reafirma en el contexto hospitalario.

Considerando los escenarios en los que transcurren sus vidas, sería poco atinado sostener que la frecuente reaparición del consumo de pasta base, durante o luego del nacimiento de un hijo, se debe a la ausencia del amor maternal, a que no son buenas madres. La no correspondencia entre sus discursos y prácticas no puede tomarse exclusivamente como producto del consumo; por el contrario, la falta de recursos, la soledad, la presencia constante de distintas violencias y la ausencia de formas de protección parecen marcar este derrotero, en donde el consumo aparece referido como una práctica que permite evadir esa realidad, al menos momentáneamente.

7.8. Cuerpo, consumo, amor maternal

Estrategias de separación del consumo y la maternidad, como las que describía Rosana, y la representación de sí mismas como buenas madres por hacer frente a una serie de adversidades han sido referidas en estudios que abordan el uso de crack (Banwell y Bammer, 2006; Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994). Kearney, Murpy y Rosenbaum llaman “compensación defensiva” [*defensive compensation*] (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994: 355) a los esfuerzos que hacen las mujeres para mantener sus estándares de maternidad mientras usan drogas, incluyendo prácticas como la separación del tiempo y los espacios dedicados a los niños y a las drogas, o el rebuscarse con distintas actividades para administrar sus recursos económicos escasos,

dividiendo el dinero destinado al consumo del de los alimentos. Inclusive prácticas como el tomar distancia de sus hogares, dejar a sus hijos al cuidado de otros y, como última opción, darlos en adopción, pueden involucrar también un sentido de protección de la progenie y preservación del valor simbólico del vínculo madre-hijo.

Entendámonos bien, las formas de actuar frente a determinadas circunstancias no tienen un sentido unívoco y pueden tener efectos favorables y adversos al mismo tiempo; las dificultades que impone la vida en contextos de privación en combinación con los daños derivados del consumo pueden dar lugar a actitudes contradictorias, espontáneas y cambiantes, como a sentimientos de frustración, enfado y culpa. Mantener la estabilidad del lugar de residencia, de las relaciones de contención y del trabajo es una premisa compleja y cada día acarrea nuevas contingencias económicas, simbólicas y emocionales que buscan ser resueltas con los recursos que se tiene al alcance. Así, una lectura desde una perspectiva estrictamente racionalista no colabora en tener una comprensión más profunda de sus formas de sentir y actuar, por el contrario, solo sirve para reforzar la construcción de un sujeto social otro.

En el contexto hospitalario, el ideal de la “buena madre”, enlazado a la construcción social del cuerpo de la mujer reducido a las funciones reproductivas, cobra expresión en dos conductas: por un lado, es el que interpela a las mujeres, llevándolas a culpabilizarse a sí mismas por no haber cumplido con lo que se esperaba de ellas, y por otro, se aferran a él para expresar al equipo de salud su intención de permanecer con sus hijos y abandonar el consumo de pasta base. Este ideal también emerge en las actitudes, los discursos y las prácticas de los profesionales del equipo de salud, quienes entienden, al igual que ellas, que una madre no debería usar drogas. Sin embargo, las posiciones de unos y otros son disímiles: los actores institucionales tienen la potestad de interpelar, mientras que las mujeres están limitadas a responder. De este modo, invocando el mandato social se regulan los comportamientos y discursos de las mujeres, y se fortalecen las construcciones hegemónicas en torno al rol maternal. Esta situación pone en relieve una suerte de encadenamiento entre las moralidades de estas mujeres y la de los distintos profesionales del equipo de salud, puesto que, en términos discursivos, ellas adscriben a la perspectiva de estos; sin embargo, les resulta muy difícil sostenerlo en la práctica. Es así que las mujeres buscan formas de proteger a sus hijos y sobrellevar el consumo.

Para el equipo de salud, una mujer que se muestre comprometida con el cuidado de sus hijos, que diga lo que —de acuerdo a sus criterios de clase media estandarizados— una “buena madre” diría y actúe como una “buena

madre" actuaría, tiene mayores posibilidades de permanecer junto a ellos. Estos discursos que ligan el ser madres con el abandono del consumo y, en este sentido, que escinden la maternidad del uso de pasta base, dan cuenta de cuán asociada está la imagen de la mujer usuaria de pasta base a una forma de "maternidad inapropiada" (Darré, 2013). Una parte fundamental en la reproducción de este *statu quo* radica en la selectividad de los consumos que la institución médico-sanitaria vigila.

Sin lugar a dudas, el uso de pasta base es, por lejos, la sustancia más estigmatizada y los procedimientos institucionales están orientados a su detección. El uso de psicofármacos, tabaco o alcohol, por ejemplo, pueden considerarse como adicionales, pero no como el problema principal, más allá de la evidencia científica que clarifica sus efectos durante el embarazo. De acuerdo a Dorothy Roberts, quien estudió las formas de castigo hacia mujeres negras usuarias de crack en Estados Unidos, la mayor vigilancia y el mayor castigo que reciben estas mujeres no están justificados ni por el porcentaje poblacional que representan, ni por el tipo de daño que esa sustancia produce sobre el feto (Roberts, 1994: 1434). Sus apreciaciones pueden trasladarse a lo que ocurre con el uso de pasta base, dada la similitud en los efectos de estos dos tipos de cocaína fumable y en las características socioeconómicas de la población en las que su uso prevalece.

En suma:

> (...) seleccionar el uso de crack como el daño fetal primario a ser castigado, tiene un impacto discriminatorio que no puede justificarse médicamente (...) [y sirve] a dos propósitos sociales más amplios. Primero, sirve para degradar a las mujeres que la sociedad entiende que no merecen ser madres (…) [y segundo, para] desviar la atención pública de otros malestares sociales como la pobreza, el racismo y la aplicación de políticas de salud equivocadas.[27] (Roberts, 1994: 1435-1436).

Entre mis interlocutoras, convertirse en madres (Imaz, 2010) parecía ser la única razón que hacía que sus vidas valieran la pena y a la que podían sujetarse para sostenerse sin consumir por ciertos períodos, tal como les demanda el equipo de salud. Este es el discurso que ellas enunciaban en el hospital y se ajusta a las exigencias de la institución. En este sentido, puede considerarse una convicción tanto como una estrategia discursiva que encuentran para lidiar con las normas institucionales del orden médico y jurídico. Desde la perspectiva de los integrantes del equipo de salud, quienes

27 Traducción propia.

se sienten encargados de garantizar los derechos de los recién nacidos, se entiende indispensable la evaluación de los factores de riesgo de las condiciones de vida de las madres, que pueden poner a los niños en peligro; pero ha de llamarse la atención con respecto a que es muy delgado el límite entre esta protección y la estigmatización de las mujeres por su posición social subalterna y su consumo de pasta base.

Uno de los instrumentos implementados en el hospital a partir de 2010 y protocolizado para el sistema de Salud Pública en general es el "Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación" (Moraes y otros, 2010b), que presenta pautas para sopesar los factores de protección y de riesgo presentes en cada caso, y para estandarizar las actitudes a seguir por parte del equipo de salud. Significativamente, en el documento se hace énfasis en el uso de pasta base "por su alto impacto a nivel de la salud de la mujer y del recién nacido" (Moraes y otros, 2010b: 251), lo que deja al uso de otras sustancias en un segundo plano, pero principalmente, a los factores sociales que determinan el consumo en abuso de esta sustancia. El uso de pasta base es colocado como causa y no como efecto de vivir en condiciones de pobreza. Asimismo, tanto en las situaciones de mayor como de menor riesgo se indica la necesidad del abandono del consumo materno, con lo que disminuir el consumo no pareciera ser una opción para las madres. El equipo de salud resalta que su intención es sostener el vínculo madre-hijo, pero esto solo ocurre si la mujer está dispuesta a dejar de consumir, como si una situación de consumo problemático pudiera superarse por la mera voluntad. Así, los procedimientos institucionales están ideados en función del beneficio del niño, mientras que las necesidades y los cuidados que requieren de forma apremiante estas mujeres aparecen subordinados a los de sus hijos. La maternidad, entonces, parece ocupar un lugar medular en sus intentos de modificar sus trayectorias de consumo, aunque muchas veces no logren sostener el proceso, apremiadas por las dificultades de la vida diaria y por las exigencias de la institución médico-sanitaria.

Una atención especial merecen los cambios que ocurren sobre sus cuerpos, en el período comprendido por los primeros meses luego del parto, pues allí aparecen con mayor fuerza las intervenciones del orden médico y se reafirma la separación de la maternidad y el consumo. La amplia mayoría de las mujeres que al momento del parto declararon el consumo de pasta base, o que este fue identificado por el dispositivo institucional, no habían tenido controles médicos. Asistían al hospital al romper bolsa o cuando las contracciones hacían inminente el parto. En algunas ocasiones se dirigían a

la policlínica de su barrio y de ahí eran trasladadas en ambulancias. A través de sus relatos pude saber que mientras transcurrían los embarazos muchas habían continuado usando pasta base y otras tantas llegaban al momento del parto bajo los efectos del consumo reciente. “Llegó con un cuadro de intoxicación” era la expresión técnica utilizada por el equipo de salud, siendo este consumo el que se detecta mediante el análisis de *screening* de orina. En estas circunstancias sobrevenía el nacimiento y, junto con ello, el reordenamiento del cuerpo, de las hormonas, los dolores, la aparición de la leche materna, la mediación de la intervención médica, el tratamiento de la sífilis y otras infecciones, la medicalización para la abstinencia. De este modo, los cuerpos que hasta el momento del parto no habían tenido contacto con las regulaciones del saber biomédico, se tornan a partir de entonces un territorio en disputa, puesto que en él convergen los procedimientos médicos y las prácticas de cuidado o resistencia que oponen las mujeres frente a estos, cada uno basado en sus propias perspectivas sobre qué se necesita para lidiar con la abstinencia y cómo tener un cuidado responsable del recién nacido.

Para habilitar a las mujeres a amamantar se controla rigurosamente que se mantengan en abstinencia, pues los metabolitos de cocaína se transfieren también a través de la leche materna y, aún sin tener certeza sobre los daños específicos que produce, se considera perjudicial. Cabe señalar que la regulación de la lactancia ha dado lugar a debates que aún no están cerrados y hay centros de salud en donde esta no se inhibe, sino que, por el contrario, se estimula. El principal punto sobre el cual no existe acuerdo es sobre si el daño que producen los metabolitos de cocaína, transmitidos vía leche materna, es mayor o menor que el que causa la separación de la mujer de su hijo.

En el citado “Consenso…” se determina:

> Si la mujer manifiesta su deseo de no abandonar la lactancia se la instruirá para que se ordeñe y descarte la leche, luego de asegurada la abstinencia por un tiempo adecuado se podrá reinstalar la lactancia. (Moraes y otros, 2010b: 253).

También se señala que:

> (…) los psicofármacos utilizados tanto en el tratamiento de los síntomas psiquiátricos, la desintoxicación, como su uso indebido para enmascarar otros consumos, también producen efectos en el recién nacido. (Moraes y otros, 2010b: 252).

Sin embargo, las preocupaciones emergentes de los discursos sobre el control de la lactancia giran casi exclusivamente en torno al uso de pasta base. “Si consumieron no le den pecho a sus hijos”, escuché recomendar

en múltiples instancias a mujeres que también usaban psicofármacos con prescripción médica. Los análisis de *screening* de orina son una de las herramientas de control más significativas de la cual dispone el dispositivo hospitalario, ya que los resultados no son cuestionados y aportan información de manera rápida. Su aplicación es mucho más frecuente entre las mujeres que consumieron o consumen pasta base, que entre otras pacientes y los resultados con frecuencia son utilizados para confrontar las declaraciones de aquellas que niegan haber consumido.

Entre las mujeres, en el período posterior al parto es cuando aparece con fuerte ímpetu el discurso de que podrán hacerse cargo de sus hijos, porque a partir de su nacimiento la situación de maternidad se desplaza de sus cuerpos hacia afuera, exigiéndoles un cuidado mayor, ya no de sus propios cuerpos, sino del de un otro; además, este es el momento de mayor riesgo de ser separadas de sus hijos. Para muchas que no tienen un lugar donde vivir, el hospital pasa a ser una suerte de resguardo de las violencias que experimentan en la calle y en las redes de consumo, pero no deja de ser un lugar en el que también se sienten vulnerables, puesto que allí se exponen a un escrutinio riguroso, no solo en tanto mujeres, sino en tanto madres, ocupando una posición subordinada al saber biomédico.

Primero por las vicisitudes y luego por el temor a ser separadas de sus hijos, las mujeres no dejan de sentirse temerosas y de actuar a la defensiva. La intervención que realiza el dispositivo hospitalario examinando sus condiciones de vida y sus actitudes, aún cuando tiene el cometido de garantizar los derechos de sus hijos y los de ellas, termina convirtiéndose en un mecanismo de exclusión que es vivido por las mujeres de un modo agresivo e interpelante. Esto ocurre así porque dicho dispositivo no ofrece alternativas suficientes para preservar la situación de maternidad, sino que su principal objetivo es determinar la (in)suficiencia de los recursos de las mujeres y sus redes sociales para asumir el cuidado de un recién nacido. El foco está puesto en la protección de los bebés y no en el vínculo madre-hijo.

Más allá del consumo, cabe decir que muchas de las mujeres que padecen una precariedad socioeconómica grave, tenían varios de sus hijos en hogares de Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU)[28] y ansiaban recuperarlos, realizando esfuerzos incansables a lo largo de los años que, al no dar resultados, aumentaban su frustración. Así, el hospital constituía el punto de partida de la separación de sus hijos, situación que se reproduce luego

28 Institución de carácter estatal encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes en el Uruguay.

a través de otras instituciones del Estado. Esto provoca reacciones diversas: algunas se resisten a todo cuestionario, test psicológico o incluso a una conversación; otras, en cambio, se mantienen más sumisas y permiten que su cuerpo y sus vidas sean intervenidas casi sin plantear preguntas o solicitar aclaraciones. En general pierden el detalle de las explicaciones que les dan y suelen quedarse con dudas. El dispositivo hospitalario, en suma, ofrece respuestas con un fuerte componente punitivo hacia esta población.

A modo de ejemplo, del modo en que se traban las relaciones entre el equipo de salud y estas mujeres en el espacio del hospital, veamos la siguiente situación:

Antes de ir al grupo pasé por la sala en busca de Johana, como habíamos acordado la última vez que nos vimos. Allí estaba ella, acompañada esta vez por su pareja. También había una pediatra, una trabajadora social y la médica jefa de sala. Aguardé afuera y ella salió unos minutos más tarde junto a la trabajadora social, quien le venía diciendo que la conduciría hasta el grupo, pero al verme aceptó que yo lo hiciera. Johana había salido de la sala con una expresión de susto y se dirigió a la trabajadora social diciéndole: “Qué bueno que apareciste y me defendiste, si no, no sé qué hacía”, a lo que aquella le contestó: “No te defendí, solo dije las cosas como eran”, y los planteos de la doctora venían por el lado de su problemática de consumo.

Nos dirigimos hacia el lugar de reunión del grupo, la trabajadora social nos acompañó en parte del tramo, señalándole a Johana que hablara con la psiquiatra, dado que era el único alta que le faltaba, al tiempo que también me lo indicaba a mí, dando a entender, con un gesto, que por sí sola ella no podía hacer la gestión adecuadamente.

El período en que permanecen internadas es una instancia crucial, pues es cuando deben convencer al equipo médico de que tienen las condiciones para asumir el cuidado de sus hijos. El no haber recibido controles durante el embarazo incomoda profundamente al orden médico, pues disputa su legitimidad como saber hegemónico en la regulación de la reproducción; así, su discurso se construirá fundamentalmente en torno al aumento de los riesgos y luego, en torno a la irresponsabilidad de las mujeres para con sus embarazos. En este momento, además de la presencia/ausencia de las redes familiares, sus cuerpos y el deterioro que sufren constituyen una evidencia más que se tiene en cuenta. Su performance también importa y es aquí donde formas de violencia simbólica se asientan, sugiriéndose, como ocurrió con Johana, su incapacidad para desenvolverse sola. Se les exige y al mismo tiempo se las subordina. En su conjunto, en esta etapa operan procesos biológicos que se exteriorizan, controlados mediante mecanismos biomédicos

y tecnocráticos que se interiorizan. El nacimiento de sus hijos inaugura una etapa de intervención médica y de intensas reacomodaciones en sus cuerpos, relacionadas al abandono temporal del consumo, como en general suele ocurrir. Asimismo, es un momento de densidad discursiva y arreglos familiares e institucionales en torno al hecho de la maternidad.

Para dar cuenta de este complejo de relaciones, discursos, intervenciones, en suma, para comprender las formas de experimentar los meses posteriores al parto, período en el cual se acomodan en una nueva cotidianidad, comprendiendo sus vivencias a nivel de lo corporal y en el plano de sus relaciones familiares, afectivas y de contención, proponemos la idea de una "reorganización corporal/vincular". Durante el embarazo, para muchas de estas mujeres las posibilidades de abstenerse del consumo y tomar distancia de las redes del comercio ilícito, más aún si se está en pareja con otro usuario, son muy limitadas. En general, el consumo en mayor o menor número de dosis se continúa hasta el momento del parto o aparece en distintos momentos durante el embarazo, especialmente asociado a instancias de mayor desprotección. Es a partir del parto que se presenta la oportunidad de recomponer los vínculos de contención, aquellos de los que se distancian en la medida en que se involucran en el consumo; los esfuerzos por restablecer los vínculos con sus familias comúnmente están mediados por arreglos y negociaciones que les exigen a las mujeres determinados comportamientos asociados a la imagen de la "buena madre", como abandonar el consumo y estar presentes para sus hijos. Si estaban en la calle, regresan al hogar materno o se mudan con sus parejas, estrechan los vínculos con familiares, principalmente hermanas, madres y tías; incluso llegan a aparecer vecinos que se solidarizan con cuidar a sus hijos y a ellas. Son instancias de mucha exigencia para las mujeres, pues se generan expectativas y ansiedades en torno a su rehabilitación y a un proyecto de maternidad a largo plazo. Asimismo, como se comentó, este período también es de una fuerte movilización en el plano corporal, no solo en lo que atañe al período de puerperio, sino porque con frecuencia este es un momento en el que se suspende el consumo de pasta base, acción estrechamente ligada a una fuerte interpelación moral y a su deseo de componer una familia.

Un aspecto llamativo es que ellas no suelen detenerse en observar lo que a sus cuerpos les ocurre, o al menos no lo exteriorizan de manera evidente; por el contrario, privilegian todo aquello que las pone en relación a sus hijos, ponderando los atributos del amor maternal, como el propio dispositivo hospitalario exhorta. Es interesante notar que el cuerpo, a pesar de las transformaciones que atraviesa y de las intervenciones de las que es objeto, es prácticamente ignorado en sus discursos. Rara vez se quejan de sentir dolores

o refieren a su estado de debilidad. Esta producción de subjetividad en la que se oblitera lo corporal y se silencia la experiencia del cuerpo puede entenderse en relación con sus experiencias de vulneración previas, pues las mujeres llegan a esta instancia habiendo incorporado en su repertorio de vivencias maltratos de diverso tipo y humillaciones, sumados al deterioro que provoca el consumo de pasta base,[29] con lo que el cuerpo se torna un receptáculo de castigos. A su vez, en tanto el hospital es un espacio donde este consumo es completamente ilegítimo, el hacer referencia a cuestiones que lo involucren implica exponerse al riesgo de incrementar las dudas sobre sus capacidades de asumir el rol materno.

Si reparamos en sus trayectorias de vida, el abandono del consumo no ocurre como un proceso lineal ni definitivo y, en mujeres con sucesivas maternidades, el proceso de embarazo y de pasaje por el hospital parece repetirse una y otra vez. Esto demuestra la dificultad que supone concretar mínimamente sus deseos. En los discursos de estas mujeres el cuidar de sus hijos —en suma, ser madres— es la forma de dejar el consumo atrás, pero en los hechos esta práctica con frecuencia reaparece luego de semanas, meses y en algún caso luego de años sin consumir, coexistiendo con sus diversas situaciones de maternidad. Para comprender este hecho, hay que tomar en cuenta que al mismo tiempo que se idealiza la relación madre-hijo, se asumen responsabilidades que muchas veces no logran cumplirse o sostenerse en el tiempo, y se exponen a las exigencias tanto del ámbito médico e institucional, como aquellas que también surgen en el ámbito familiar, por más que sea este un lugar de contención para ellas. Vale la pena remarcar que esto no sucede debido a la falta de esfuerzo o de compromiso —los relatos presentados dan cuenta de su incansable búsqueda de supervivencia—, sino, principalmente, al hecho de que la precariedad socioeconómica presente en sus vidas permanece a lo largo del tiempo y se reproduce generacionalmente. Cuando se van del hospital sin sus hijos es probable que vuelvan a consumir más rápidamente, pero esto no anula sus búsquedas por recuperarlos. Estos esfuerzos siguen siendo evidentes incluso mucho tiempo después del parto, cuando continúan recorriendo los pasillos de los juzgados, los hogares del INAU y el propio hospital.

A la luz de sus relatos y de lo observado en el hospital, puede sostenerse que en los casos en los que sí les es otorgada la tenencia de sus hijos, sea a ellas o a algún familiar, luego de cierto tiempo en el que se desenvuelve esa "reordenación corporal/vincular" es cuando sobreviene con mayor intensidad el riesgo de la recaída. Esto ocurre en un momento en el que la novedad del

29 En los relatos de usuarios sobre períodos *de gira*, en los que permanecen casi sin dormir y sin comer, se hace referencia a una sensación de adormecimiento o falta de sensibilidad a estímulos como frío, calor, dolor o hambre.

nacimiento del bebé ya transcurrió, ellas se sienten agotadas en sus esfuerzos por cumplir los acuerdos generados, de distanciarse de las redes de consumo y de mantenerse en abstinencia, reaparecen las tensiones a la interna de la familia o de la pareja y las frustraciones frente a la falta de recursos. En pocas palabras, si sus condiciones de vida siguen siendo las mimas, ¿por qué cabría pensar que podrán abandonar el consumo? Lo perverso del orden médico-jurídico dominante radica en la construcción de una relación biunívoca entre maternidad y consumo, maternidad y rehabilitación, maternidad y cuidados amorosos. Aunque en los diversos discursos se coloca en términos excluyentes el consumo y la maternidad,[30] representado en las imágenes antagónicas de la adicta y la madre, en las vidas concretas de las mujeres ambas prácticas coexisten, si bien bajo una tensión permanente. Esta relación conflictiva no es escindible de las condiciones de desprotección en las que viven y es preciso comprender el lugar que esto tiene en propiciar las llamadas recaídas.

Esta tensión está presente incluso entre las propias mujeres: durante el desarrollo del trabajo de campo, salvo alguna excepción, ninguna de ellas manifestó querer renunciar al cuidado de sus hijos. Por el contrario, lo reafirmaban permanentemente, incluso como una necesidad; al mismo tiempo, con frecuencia, solían aludir a que se puede superar el consumo, pero la identidad de adictas permanecería, cual marca inalterable, como una suerte de riesgo con el que tendrían que lidiar por el resto de su vida. Esta construcción encuentra cierta base en sus trayectorias de vida, en las cuales han tenido sucesivas recaídas, luego de períodos sin consumo más o menos prolongados; pero también es fomentada a través de la patologización del consumo problemático de sustancias y, en particular, a la significación de la pasta base como sustancia maldita.[31] Volver a consumir cuando han

30 Aunque en el "Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación", del Centro Hospitalario Pereira Rossell, se menciona que "[e]l solo hecho del consumo de sustancias psicoactivas no habilita la separación de la madre y el bebé" (2010: 253), se pone énfasis, a lo largo de todo el documento, sobre la necesidad del abandono del consumo por parte de la madre.

31 Gianella Bardazano (2014) muestra que distintas respuestas de corte sanitario y judicial hacia los usuarios de drogas construyen su imagen como enfermos. En esta línea, la autora sostiene que: "Las respuestas del Estado uruguayo a los consumidores de sustancias psicoactivas, en lo que tiene que ver con el uso recreativo y la oferta relativa a la prevención y el tratamiento de los riesgos para la salud asociados al uso de esas sustancias presentan una contradicción central cuya explicación se relaciona con la vigencia en el presente de instrumentos legislativos de corte higienista (ley de psicópatas, ley de vagancia, mendicidad y estados afines), otros que ambientan respuestas criminalizadoras de los usuarios a partir de la delegación en la convicción moral de los jueces la viabilidad o no del reproche penal (ley de estupefacientes 14.294 en su redacción dada por la ley 17.016 y ley 19.007) y de soluciones alternativas al enfoque prohibicionista pero que se limitan exclusivamente al *cannabis* (ley 19.172). En otras palabras, las contradicciones conceptuales y de enfoque que se observan en las respuestas estatales hacia los usuarios de sustancias psicoactivas debe ponerse en relación con la simultaneidad en el discurso institucional de argumentos que sustentan reformas apoyadas en la integración de los instrumentos internacionales de protección de derechos humanos, y argumentos que exaltan la salvaguarda de la seguridad y el orden públicos mediante el recurso a instrumentos punitivos" (Bardazano, 2014: 40).

tomado cierta distancia temporal y vincular de esta práctica, les hace sentir que vuelven al punto cero y reafirma esa representación de sí como adictas. Si, de acuerdo a sus relatos, observamos que los sentidos que le atribuyen tanto la maternidad como al uso de pasta base generan una matriz identitaria irrenunciable, también puede sostenerse que lo irrenunciable, o más bien, lo que perdura en el tiempo, son el estigma y el mandato social: nunca se deja de ser madres, como tampoco adictas, no porque sea imposible modificar las trayectorias de vida y reconfigurar las identidades, sino porque el mandato social y el estigma operan como marcas imborrables.

Habiendo sido identificadas como usuarias de pasta base, deben dar pruebas de que están en abstinencia para que luego de la aplicación de largos procesos burocráticos y de inspección de sus vidas, se decida si les es otorgada la tenencia de sus hijos, o si los recuperan o no, en aquellos casos en los que estos fueron traspasados a INAU, o incluso cuando la tenencia está en manos de algún familiar. Estos procesos implican recorridos múltiples entre el hospital, el juzgado, el INAU, y suelen extenderse en el tiempo, tornándose en algún punto cíclicos en los casos de mujeres que han tenido más de un hijo. Así, el tránsito nunca se acaba y en buena medida pasa a ser otro elemento constituyente de sus padecimientos. Para ser más concretos, los recorridos implicaban obtener certificados médicos en el hospital, presentarlos luego en el juzgado, conseguir testigos que las acompañen, esperar las resoluciones y los horarios de visitas en los hogares donde se encuentran sus hijos; todo esto sin disponer muchas veces de dinero suficiente para costear el transporte urbano.

Proponemos que sería apropiado hablar de “peregrinajes institucionales” para dar cuenta de estas dinámicas y sus implicancias, las cuales lejos de contribuir a subsanar los problemas específicos que viven las mujeres usuarias de pasta base que son madres, las sujeta aún más a ellos. Incluso cuando llegan a resultados “favorables”, estos peregrinajes contribuyen a exponer su estigma de adictas en múltiples espacios, mientras que simultáneamente tienen que convencer a quienes las observan de lo contrario. El “amor maternal” no es suficiente en estos casos, puesto que comprobar su capacidad de cuidadoras implica pruebas materiales. La casi obligación de estar en abstinencia, entre otros requisitos, para que se les permita estar a cargo de sus hijos, viene a reforzar los mecanismos de estigmatización por parte de otros y de autoestigmatización, además de oscurecer una serie de prácticas de cuidado que estas mujeres realizan aun en los momentos de mayor dependencia.

7.9. Precariedades cotidianas, consumos disruptivos

Conozcamos la historia de Katia, asidua participante del grupo terapéutico.

Hoy reapareció Katia en el grupo. Había logrado mantenerse sin consumir luego del nacimiento de su último hijo, hace algunos meses y dejó de concurrir. “Bueno, ¿qué te trae por acá?, contanos un poquito”, se le preguntó. “Vengo porque hace un tiempo tuve una recaída”, y así se desató la charla sobre lo ocurrido en los últimos meses. Katia volvió a consumir cuando su bebé tenía unos 6 meses y medio. “¿Y cómo fue ese día, qué te llevó a consumir?”, continuaba indagando una de las orientadoras del grupo. “Yo venía bien —dijo ella—, ese día estaba en casa con todos los niños, salí a hacer unos mandados y no volví más”.

Katia tiene 7 hijos, 3 viven con ella y 4 con su madre. El día de la recaída, se va de su casa y su familia se movilizó por ella. Un hermano la fue a buscar y le propuso que se fuera a Remar,[32] en Paysandú. Katia consideró la opción, pero aclaró: “

> Él quería que me fuera en ese mismo momento, y así drogada como estaba no iba a ir a ningún lado.

Entonces, acordaron ir a buscarla al achique donde se estaba quedando en otro momento. Ella lo relató más o menos así:

> Yo no quería que fuera mi hermano a buscarme, entonces pedí que fuera mi cuñada y mi madre. Ese día la esperé desde las diez de la mañana, pero a mi cuñada se le había complicado porque tenía que llevar a mi sobrina al médico, entonces a eso de las 3 de la tarde arranqué caminando a mi casa. Cuando iba llegando me encontré con mi cuñada en el camino.

Ahí deciden que lo mejor es quedarse en la casa de su hermano, donde pasó tres días, para luego volver a la suya, ya con la decisión tomada de viajar a Paysandú a internarse. Entre ese momento y la internación en Remar transcurrieron dos semanas, durante las cuales Katia no consumió. Llegó a Remar el 14 de setiembre y regresó el 12 de octubre. De la experiencia en ese lugar también señaló varios aspectos.

> Lo más difícil había sido la convivencia con otras mujeres que piensan que están en una cárcel y se comportan así, te roban las cosas, discuten por todo, es imposible no tener un roce con ninguna. Hay mujeres que se van y dejan ahí los hijos abandonados, porque también si querés, podés ir con un hijo tuyo.

---

32 Institución de orientación religiosa que, entre otras poblaciones, atiende a usuarios de drogas.

También hizo referencia a que se sintió contenida:

> Los responsables si encaran te contienen, te ayudan.

A su vez, dado que para recurrir a esta institución no hay que pagar, en determinado momento a las personas que permanecen allí internadas se las insta a salir a la calle a vender distinto tipo de artículos, para aportar a su mantenimiento. Y llegó el momento de Katia. En Paysandú la venta se realiza casa por casa, a diferencia de cómo se hace en Montevideo, sobre los ómnibus.

> Y vas a los barrios —decía ella—. En Paysandú no ves a los consumidores en la calle como acá, pero vos como consumidor que sos te das cuenta de las cosas. Entonces, un día estábamos vendiendo puerta a puerta y llegamos a una casa donde había un niño afuera y yo le dije "amor, te animás a llamar a tu mamá", entonces el nene llamó a la madre y de adentro de la casa se escuchó que alguien decía "¿preguntale cuántos quiere?". Y yo dije: es una boca, vámonos de acá.

A partir de esa experiencia Katia dijo que no volvería a vender en la calle, pero aún así sostener el proceso de rehabilitación en Remar le fue muy difícil, por lo roces que tuvo y también porque extrañaba a su familia. Así que se volvió.

> Cuando llegué a Tres Cruces me fue a buscar mi marido y mi hijo que no me quería ni ver, recién después de que volvimos a casa y estuvimos un rato largo se me acercó, pero un poquito nomás y mi marido me decía: "Viste, vos lo abandonaste, por eso él te castiga".

Katia había concurrido al grupo junto a su madre, quien suele acompañarla y ayudarla también con el cuidado de sus hijos. "En salud —comentó una de las organizadoras— hablamos de 'cuidar al cuidador'", señalando la importancia de atender la situación personal y emocional de aquellas personas cercanas que ayudan a los usuarios a atravesar sus recaídas y sus procesos de recuperación, y le preguntó enseguida: "¿Y usted, tuvo que apechugar otra vez con el cuidado de sus nietos?". La mamá de Katia, sin llegar a enunciar palabra, se largó a llorar. Estaba muy angustiada, contestaba con pocas palabras. Transcurridos unos minutos y conteniendo el llanto explicó:

> Hay veces que tengo ganas de largar todo, que hasta las voces de mis nietos no las quiero escuchar, pero hay otros días que estoy mejor.

La señora vive en pareja desde hace algunos años, pero también están en su casa, en este momento, cuatro de los siete hijos de Katia y uno de otra hija que está privada de libertad. Continuó diciendo:

> Hace poco fui a mi médico de cabecera y le pedí que me medicara.

Mientras hablaba su madre, Katia intervino:

> No es solamente el tema del consumo, mi hermana está presa y eso también le influye.

Una semana más tarde volvíamos a encontrarnos. En esta ocasión Katia profundizó en el desenlace de su recaída. Contó que salió a hacer las compras para el desayuno de sus niños, que no volvió, y todo lo que aconteció después. Pero se animó a contar más cosas cuando su madre salió de la sala, procurando calmar al bebé que estaba muy inquieto. Si bien Katia habla de su recaída a partir de esa mañana, ya había fumado unos días antes. En esa ocasión su hija mayor, niña aún, la encontró en el mismo momento en que estaba comenzando a fumar y Katia contó con manifiesto dolor, cómo mientras su hija le decía que por favor no fumara, ella le pedía por favor que la dejara hacerlo.

Katia es una mujer muy reflexiva, en las instancias del grupo ha observado y analizado las relaciones con su familia, su pareja e hijos, posicionándose a sí misma y sus responsabilidades en el contexto de esa trama. Repetidas veces dijo:

> Cuando estuve en Remar me cayeron muchas fichas, que hasta ahora no me había dado cuenta.

Por ejemplo, ahí permiten que la mujer lleve a uno de sus hijos con ella, pero Katia no quiso hacerlo, más allá de cuánto los extrañaba, porque se dio cuenta de que sus hijos no tenían que seguir sacrificándose más por ella.

> Soy yo quien debe sacrificarse por mis hijos, porque ellos no pidieron venir al mundo.

En el mismo sentido aludió a la complicidad que sus hijas mayores tienen con ella:

> Las tres mayores saben que yo fumé unos días antes de la recaída, y es algo que tienen guardado y no lo han dicho a nadie, ni siquiera a mi madre.

También reflexionó respecto a su ansiedad: “Yo quiero todo para mañana, me mata la espera”, relacionándolo con el querer hacerse cargo de todos sus hijos. En especial siente preocupación por una de sus hijas, quien actualmente

vive con la tía paterna; antes estaba con el padre y su pareja, pero al caer preso este, quedó a cargo de la pareja, pasando luego a casa de la tía.

En el transcurso de sus reflexiones pudimos notar que la recaída no había sido un suceso completamente espontáneo, desconectado de sus vivencias cotidianas, más allá de que al comienzo de su relato pudiera parecerlo. Por el contrario, distintos hechos contribuyeron a que aconteciera. Según lo que ella recuerda, los días previos se venía sintiendo deprimida por la situación con sus hijos, su madre y su hermana, entre otras cosas. Katia necesitaba descargarse, hablar de los asuntos que cotidianamente le provocan angustia, señalando a su vez que no cuenta con otras personas o espacios donde pueda expresarse tal como lo hizo en el grupo.

La trama que se genera entre situaciones de la vida cotidiana, relaciones intrafamiliares, consumo, emociones, ansiedades, culpas, cuidados, descuidos y "escapes" no se desarma de un modo sencillo. Existen aspectos que intervienen en las trayectorias de consumo (como en los trayectos de abstinencia) que hacen que la relación con la sustancia no pueda reducirse a lo que ocurre exclusivamente durante las instancias de consumo, a una cuestión de voluntad del sujeto, a los rasgos de personalidad o incluso a la ausencia del amor maternal. Ya sea como lo observábamos en la experiencia de Rosana, sosteniendo un consumo a la par del cuidado de sus hijos, o como le sucedió a Katia, con una recaída dura, el consumo es significado como un momento de disrupción y escape frente a adversidades, más allá de que el vínculo con la sustancia tiene un carácter más permanente en sus vidas. Ello puede observarse, por ejemplo, en su subjetivación como adictas, como en el riesgo de una recaída siempre latente. La búsqueda de evadir o canalizar las adversidades de sus vidas cotidianas *saliendo de gira*, no es tan solo una forma momentánea de olvidarse de lo que les pasa, pues aunque efectivamente se trata de períodos en los que pueden ausentarse de sus hogares por varios días, esto no significa que olviden sus preocupaciones; así como también, una vez de vuelta en casa las relaciones, actitudes y responsabilidades de los distintos integrantes del núcleo familiar se reorganizan en torno a dicho episodio.

Está claro que el consumo en dosis elevadas y prolongado en el tiempo es un factor que no solo coadyuva en la reproducción de precariedades (económicas, sociales, personales), sino que las recrudece, pero en sus universos de sentidos y en sus condiciones de vida, los significados en torno al uso de pasta base pueden variar de acuerdo a sus necesidades y pueden encontrarse en esta práctica sensaciones deseadas y no solo de daño. Es quizás por el hecho de que conjuga efectos y emociones radicalmente diferentes, que el uso de pasta base provoca tantos conflictos y rupturas morales (Zigon, 2007).

En los discursos que más frecuentemente solemos escuchar se privilegian las propiedades nocivas de la sustancia y se describe a los sujetos como reproductores del daño que recae sobre ellos, condenándose su uso a través de la doble sanción moral y legal que asocia delito y enfermedad (Renoldi, 2001) y obviándose los motivos que intersectan sustancias, sujetos y contextos. Lo que prima es una representación, en términos de Goffman (2006), de "identidades deterioradas", insanas.

Aunque en general este es el mismo discurso que reproducen las usuarias, nos interesa hacer énfasis, a la luz de la heterogeneidad de prácticas de consumo y de los motivos que los impulsan, en que es necesario profundizar el conocimiento sobre cómo opera el efecto de esta sustancia no solo en lo físico, sino también en el plano psíquico y de la subjetividad, en relación a sus distintas fragilidades cotidianas. Para aquellas mujeres que sostienen un consumo en dosis elevadas desde hace varios años, o que ha aumentado con el paso del tiempo, concretar una rehabilitación no es un proceso lineal, como tampoco es lineal el consumo en sí. Prácticas de consumo coexisten y se interconectan a lo largo de su vida con otros sucesos y especialmente con sus procesos en torno a la maternidad. Sus vivencias dan cuenta de lo complejo de este proceso, caracterizado por idas y vueltas, momentos en que por distintas circunstancias se logra un distanciamiento del consumo y otros en los que se agudiza. En el grupo terapéutico organizado por el Área de Salud Mental se enfocaba una y otra vez en las dificultades que involucra este proceso, instando a estas mujeres a darse cuenta de cuándo están en riesgo de consumir.

> La rehabilitación —solía repetir una de las organizadoras— es como subir a un palo enjabonado: cuesta muchísimo esfuerzo trepar y cuando te caés, te caés de una y hasta el piso.

No es una cuestión meramente de voluntad como pueden sostener algunos técnicos o de cabeza tal como con frecuencia afirman los usuarios.

Lo que acontece en sus vidas cotidianas, sea rutinario o novedoso, tiene un gran peso en el modo en que van resolviendo sus trayectorias de consumo. Katia expresaba que venía sintiéndose deprimida por adversidades que estaban instaladas en su día a día; Rosana relataba la angustia que le generó saberse con muy escasos recursos y cursando un nuevo embarazo, pero también otras mujeres situaban el consumo intenso como producto de un hecho marcante, por lo general asociado a padecimientos de salud o muerte de familiares cercanos, como veíamos al comienzo en la historia de Johana. Está claro que una vez iniciado el consumo y sostenido al punto de generarse una relación de dependencia, revertir el proceso no es una cuestión sencilla. En este devenir se tensan las relaciones intrafamiliares y, fuera del contexto

familiar, los usuarios se involucran en amplias redes de ilegalidad que implican, como se observó más arriba, subordinaciones y violencias de diverso tipo, en cuyo contexto estas mujeres ocupan una posición subordinada y de riesgos específicos.[33] Para los casos en que las familias de las usuarias no forman parte de estas redes, podría decirse que el alejamiento de las relaciones de afecto y contención familiar va en aumento a medida que se involucran en una carrera consumo de pasta base. Aún así, los riesgos que se toman pueden derivar, eventualmente, en riesgos para sus familias, fundamentalmente cuando se han contraído deudas (Rossal, 2013).

7.10. Redes familiares, lazos afectivos

Las posiciones de los varones y las mujeres dentro del entramado familiar no solo son distintas, sino también desiguales. La maternidad tiene un peso gravitante en torno a este aspecto, en donde incide especialmente que las mujeres tengan hijos de diferentes hombres. Al hacer alusión a sus familias, ellas hablaban sobre todo de sus madres, hermanas y hermanos, mientras sus parejas, en cambio, aun siendo presentados como maridos, aparecían en un lugar secundario en sus relatos, en lo que atañe a los cuidados, ya sea de los niños, como de ellas mismas. Veíamos en el caso de Johana su convivencia con un hombre mayor que ella, en base a un acuerdo mutuo; a Rosana sobrellevando el cuidado de sus hijos sin mantener contacto —y sin desearlo tampoco— con el padre del bebé que acababa de tener; a Katia compartiendo el cuidado de sus hijos con su madre, antes que con su pareja actual o con los padres de sus hijos. En otros casos, sus maridos se encontraban privados de libertad e incluso los embarazos fueron producto de visitas conyugales. En otros, por último, el consumo de pasta base estaba presente en ambos, con lo cual asumir el cuidado de un hijo se tornaba sumamente complejo.

Tal como en otros estudios, se ponen en relieve determinadas prácticas que realizan los usuarios de pasta base relacionadas directa o indirectamente con el consumo de dicha sustancia (por ej., hurtos, ventas de objetos a familiares, vecinos u otros), que afectan y debilitan los vínculos próximos y

33 Existe un componente de clase o posición social, además del de género, que hace emerger diferencias en cuanto a los riesgos que se corren. Al respecto apunta Rossal: “El intercambio de drogas ilícitas suele comenzar con dones, en cuanto a que quienes consumen la sustancia las primeras veces no la ‘compran’ en el mercado ilegal sino que se proveen por amigos y conocidos directos. Hay, incluso, una cuestión de género aquí, conozco mujeres de clases medias que con más de 20 años de consumo ocasional de drogas ilícitas (marihuana y cocaína básicamente) que jamás compraron drogas y siempre fueron provistas en forma de don” (2013: 33). Se podría pensar que la distancia social entre una usuaria de clase media y el *dealer* que le vende cocaína, o drogas sintéticas, por ejemplo es “proporcional” a aquella que existe entre una usuaria de pasta base y el vendedor de la boca a la que se dirige, por lo que se podría argumentar que los riesgos son los mismos. Sin embargo, los efectos que provoca la criminalización de la pobreza configuran sin duda espacios de mayor hostilidad y violencia en los sectores de menores recursos.

aumentan la conflictividad en los barrios en que viven (Castilla y otros, 2012: 220-221); en Albano y otros (2014) también describimos las tensiones que se producen entre los usuarios y sus familias, y el alejamiento de las redes familiares por períodos de tiempo prolongados. Pero también hay que señalar que la conflictividad en el vínculo con las familias tiene ciertos matices según se trate de usuarias mujeres o varones. Entre los varones el rompimiento del vínculo con la familia suele ser más drástico y prolongarse por mayor tiempo, pues está fundamentalmente atravesado por el requisito moral de la provisión a la familia, con lo cual mientras no se cuenta con recursos, es preferible mantenerse distantes (Albano y otros., 2014).

Los usuarios que tienen un consumo problemático llegan a vivir en la calle incluso durante años, solos, a veces acompañándose por algún otro varón que se encuentre en la misma situación y eventualmente con parejas mujeres. Entre las mujeres en cambio, las redes de contención (incluyendo aquí familiares, parejas e incluso vecinos) tienden a reorganizarse más rápidamente, característica en la que la maternidad y la moralidad del cuidado asociada a ella incide especialmente. Las mujeres que tienen un consumo problemático también llegan a vivir en la calle, pero es más difícil que lo hagan completamente solas; por lo general en estas circunstancias generan relaciones afectivo-sexuales que les provean cierta protección. A su vez, es común que sus familias o parientes salgan en su búsqueda para que retornen al hogar. A este tipo de prácticas refiere Epele cuando habla de “privatización del cuidado”, entendiendo por ello al “proceso por el cual se transfiere al dominio de la intimidad un conjunto tanto de tensiones, emociones y conflictos producidos en diversas áreas de la vida cotidiana, como también la expectativa de reparación y resolución de los mismos”. En este proceso los resultados pueden ser tanto beneficiosos como dañinos, dado que al permanecer en el ámbito de la intimidad las situaciones se resuelven de acuerdo a los arreglos que se generen en cada caso, pero cabe subrayar que todo ello ocurre en el marco de sociedades patriarcales, es decir, donde las mujeres están en un lugar de desigualdad de poder con respecto a los varones. Mientras están ausentes de sus hogares, son las redes conformadas por las mujeres de la familia las que sostienen los cuidados mínimos e indispensables de los recién nacidos y de los niños pequeños. Los casos en que permanecen en la calle por mayor tiempo o sometidas a relaciones de pareja donde se manifiestan violencias específicas sobre ellas, son aquellos en los que la precariedad socioeconómica de sus familias es extrema y las redes de contención son muy frágiles. En estos casos, lo más probable es que sus hijos se encuentren institucionalizados o incluso que hayan sido dados en adopción.

En las situaciones en las que sus parejas también consumen pasta base u otras sustancias, las mujeres comentaron que asumir un proceso de rehabilitación de a dos es casi imposible. En esta línea la autora ha definido la noción de "rescate por amor" como "una política informal orientada al cuidado y a la supervivencia de los usuarios/as de drogas" (Epele, 2010: 193). Coincidimos con Epele en que se dan situaciones donde uno de los miembros de la pareja, o ambos, actúa(n) como cuidador del otro, otorgando apoyo para disminuir el consumo, aunque cabe resaltar que estas relaciones encuentran dificultades para perdurar en el tiempo. Las relaciones donde ambos son usuarios de pasta base son sumamente frágiles o conflictivas por la vulnerabilidad personal que afecta a cada sujeto y la alteridad temporal y en las moralidades que produce el consumo a lo largo del tiempo (Albano y otros, 2014). Cada tanto asistía alguna pareja al grupo terapéutico y allí se los podía escuchar narrar cuán difícil se tornan las negociaciones a propósito de los cuidados de los tres (de ellos y de sus hijos). En relación a ello eran comunes los relatos de rompimientos a causa del consumo, en relaciones donde "había amor". Con Johana hablábamos de eso.

Frente a la pregunta Johana sonrió y contestó que sí siente amor por alguien, pero de inmediato lo lindo del relato quedó echado por tierra, al recordar:

> Lo que pasa que él también consume y a mí no me sirve, él también me quiere, pero así no podemos estar juntos, porque yo quiero salir y con alguien que consume a mi lado no puedo.

Si al conocer las condiciones en las que se da su relación actual (descrita más arriba) podíamos pensar en falta de cariño, incluso violencia, contemplando sus reflexiones a propósito del amor es posible reconsiderar su relación en términos de práctica de cuidado y de supervivencia, frente al desamparo que supone afrontar la maternidad en condiciones que llegan a ser de extrema precariedad, y frente a las dificultades de sostener una relación amorosa con otro usuario de pasta base. Las relaciones no se definen de un único modo, sino que involucran múltiples aspectos que van desde lo emocional e íntimo, a lo pragmático. En este sentido, las nociones de "economía política de las emociones" (Scheper-Hughes, 1997: 328) y de "economía política del cuidado" (Epele, 2012a) son de utilidad para comprender comportamientos de las mujeres con respecto a sus parejas afectivo-sexuales que, a primera vista, pueden parecer contraproducentes. Para Epele (2008, 2010), enfocar en las relaciones de pareja e intimidad desde una orientación económica-política, nos permite aproximarnos a los modos en que los procesos macrosociales, las condiciones estructurales de privación y la desigualdad social, afectan a las relaciones de género y prácticas sexuales. Para complementar este enfoque,

también es necesario explorar la trama simbólica y política de la intimidad y las emociones, colocar las prácticas que desde una mirada normativa parecen perjudiciales en relación al contexto y a las situaciones en que se producen, y atender las formas en que las desigualdades se corporizan a lo largo del tiempo, tornándose etnográficamente visibles, como solicitaba Farmer (2004).

Existen algunos casos entre las mujeres que asistían al grupo terapéutico, en que sus maridos eran figuras presentes en relación a su contención, acompañándolas o yendo a buscarlas a este espacio, pero siempre aparecía, a su vez, una figura familiar femenina —su madre, sus hermanas—, sobre todo en lo que atañe a los cuidados y necesidades de los hijos. Para Castilla y otros (2012: 216) y Epele (2008, 2010) investigadoras que han indagado aspectos del consumo de paco en el Gran Buenos Aires, las formas en que se construyen los arreglos familiares y las prácticas de cuidado que podemos observar en esta población, guardan relación con consecuencias que acarreó el modelo neoliberal durante la década de los noventa. En el marco de este modelo, entre los sectores populares distintas actividades relacionadas a la salud, el cuidado y la protección, se replegaron como responsabilidades que incumben a la familia y, en este sentido, pasaron a gestionarse en el ámbito de lo privado; hecho que resulta llamativo dado que son estos mismos sectores poblacionales los que experimentaron mayoritariamente las consecuencias negativas de dicho modelo económico y, por tanto, son los que requieren mayor respuesta y asistencia por parte de las instituciones públicas.

En Uruguay, el modelo neoliberal también acarreó consecuencias negativas, pero en particular en el plano de los cuidados de los hijos de la población de los sectores populares, estas fueron amortiguadas con respuestas específicas de políticas sociales, a través de nuevas formas de "gubernamentalidad neoliberal" (Rose, 2007). Uno de sus rasgos salientes es la creación de políticas y estructuras paraestatales, como el Plan CAIF, que vienen a atender una función y obligación pública (Fraiman y Rossal, 2008). Una política más reciente de atención a la primera infancia, pero gestionada en el marco de instituciones del Estado es Uruguay Crece Contigo.[34] De acuerdo a

34 Es una política pública intersectorial entre el Estado, organizaciones de la sociedad civil e Intendencias, creada en 1988. Su objetivo es garantizar la protección y promover los derechos de los niños y las niñas desde su concepción hasta los 3 años, priorizando el acceso de aquellos que provienen de familias en situación de pobreza o vulnerabilidad social, a través de las modalidades urbanas y rural. Tomado de: <http://caif.org.uy/acerca-de-la-institucion/>. Uruguay Crece Contigo es una política pública de cobertura nacional creada en 2012, que tiene por objetivo consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Esta política articula las intervenciones que viene desarrollando el Estado a través de diferentes Programas y acciones orientados a la Primera Infancia. Para ello, se realizan acuerdos interinstitucionales con INAU, MSP, ASSE, MEC, BPS, MVOTMA, INDA, ANEP, CAIF, Intendencias Departamentales, Ministerio del Interior, SINAE, entre otros. Tomado de: <http://www.crececontigo.opp.gub.uy/Inicio/Quienes_Somos/>.

estos autores, la paraestatalización o tercerización de las políticas sociales es una de las estrategias aceptadas por los sectores progresistas y de "izquierda" como respuesta de gobierno a la exclusión y a la desintegración social (Fraiman y Rossal, 2008: 136). No obstante estas diferencias, estudios comparados sobre las políticas sociales, concluyen que si bien Argentina y Uruguay comparten un desarrollo amplio de las instituciones del Estado de bienestar, ambos presentan rasgos "familiaristas" y, en última instancia, tienden a consolidar la división sexual del trabajo, en donde las prácticas relacionadas al cuidado de niños y niñas sigue estando entre las responsabilidades de las mujeres y en el espacio privado (Rodríguez, 2007).

En Uruguay, aunque las políticas sociales hacia la pobreza reivindican un enfoque de derechos, también están imbuidas de un discurso moral basado en las posiciones de género tradicionales, es decir, donde la construcción simbólica de las mujeres en tanto madres está asociada al cuidado y la de los hombres a la provisión. De este modo, el Estado interviene decisivamente en la gestión de las relaciones y desigualdades de género y esto se retroalimenta con la construcción de las moralidades dominantes de los sectores populares.

Una tercera dimensión donde se aúnan efectos de las formas de gubernamentalidad, moralidades e identidades de género es la construcción de la sexualidad heteronormativa. La estructuración de las tramas de cuidado interpersonal no pueden considerarse de manera independiente a la regulación de las prácticas y los significados que establece el modelo heteronormativo. En el contexto de sociedades patriarcales, el vínculo heterosexual sostiene y reproduce violencias específicas y desequilibra las responsabilidades concernientes a lo reproductivo y a la crianza de los hijos y, en este sentido, también las economías morales de los cuidados y las emociones están sujetas a esta matriz. En contextos de privación económica y aun cuando muchas veces las mujeres son jefas de hogar, podemos sugerir que la sujeción al orden heterosexual guarda relación con la idealización de la figura masculina asociada a la provisión. Así, las concepciones morales dominantes y el orden patriarcal heteronormativo son funcionales entre sí.

La relación actual que sostiene Johana puede interpretarse en términos de una economía moral tanto de su cuerpo, de su sexualidad y de sus emociones en pos de proteger a sus hijos, pues le permite acceder a cierta protección y mantener relativa estabilidad en un lugar que posiblemente no escogería si se encontrara sola. Esta lectura no anula a la que enfatiza su relación en términos de sujeción al régimen patriarcal heteronormativo; por el contrario, resultan complementarias. Estas perspectivas permiten esclarecer por qué aun sintiendo que "no está ni ahí con el viejo", Johana permanecía

con él. Sin embargo, ello no fue suficiente para evitar que se expusiera a otros riesgos, puesto que practicó la prostitución en la calle durante su embarazo. El Estado, por su parte también marcó una fuerte ausencia y, en su multiplicidad, tampoco fue eficaz en proteger a Johana en este período. Más adelante, encontrándose en el hospital al momento del parto, su pareja se resistía a realizarse un análisis para detectar sífilis. En aquel se registraba en las notas de campo:

A pesar de que él ha ido en algunas ocasiones al hospital durante los más de diez días que ella lleva internada, no ha accedido a realizarse el análisis de sífilis. Johana se esfuerza por dejar en claro que esta actitud la trasciende, frente a las reiteradas preguntas del personal hospitalario, y que ella le ha insistido, aunque sin éxito:

> Es un hombre grande, no es ningún bobo, y vamos... yo no le voy a estar diciendo qué tiene que hacer, se lo digo una vez. Además él sabe que si no hace el tratamiento, conmigo no va a tener suerte, no vamos a tener relaciones.

Cuidados y destratos conviven en una misma relación; esa es la expresión cotidiana de las tramas entre subordinación de género, sexualidad heteronormativa y moralidades tradicionales. Siguiendo las experiencias de las propias mujeres, vemos que aun “habiendo amor”, estas construcciones basadas en desigualdades poder y de género continúan presentes. Si bien este no es un rasgo exclusivo de los sectores poblacionales sumergidos en la pobreza, sí sucede que se agrava en estos contextos, dada la dependencia que se genera en torno a la provisión económica que realizan los varones cuando otros lazos sociales de contención se han roto, y la ausencia de mecanismos de atención y protección como a los que pueden recurrir las mujeres de otros sectores sociales.

7.11. Palabras finales

Sería deseable que el acumulado de información que surge de las distintas investigaciones cristalice en estrategias de cuidado, orientaciones técnicas y actitudes que aporten a la modificación de estas realidades, desde una perspectiva de género que no se quede en mera enunciación discursiva. Ojalá este material aporte en este sentido.

A modo de síntesis, pueden subrayarse como apremiantes los siguientes aspectos:

Las prácticas de violación, abuso sexual e intercambio de droga por sexo. Tal vez por lo expuestas que se sienten en el espacio hospitalario,

los episodios de violencia sexual no suelen relatarse a los médicos ni al resto del equipo de salud. En las redes del comercio ilícito, la violencia sexual es la principal forma de control y subordinación de las mujeres; la hipersexualización de sus cuerpos está acompañada de la denigración de sus identidades en tanto mujeres y madres. Estas formas de sojuzgamiento de las mujeres en contextos de consumo y en otros momentos de sus trayectorias de vida, ponen al descubierto vulnerabilidades específicas, silenciadas, que se reproducen y se agravan con el paso del tiempo. La mayoría de estas mujeres han practicado la prostitución callejera e intercambios de droga por distintas prácticas sexuales en contextos de consumo, instancias en las que con frecuencia se negocia u obliga a no usar preservativo. La precariedad de los ámbitos de consumo y el apremio por obtener la sustancia aumentan las probabilidades de que estas prácticas ocurran. Cualquiera de estos escenarios supone riesgos importantes, entre los que se destaca el de contraer infecciones de transmisión sexual o de volver a contagiarse. La recurrencia de estas prácticas a las que se exponen principalmente las mujeres (u otros sujetos feminizados), evidencian que se trata de formas legitimadas en las redes de consumo, que involucran un elevado grado de violencia basada en género.

Cuidado, relaciones afectivas y heteronormatividad. La heterosexualidad es la norma y en esta configuración relacional el varón goza de determinadas prerrogativas; por ejemplo, ejercer control sobre la mujer en el plano sexual a partir de la dependencia que ellas tienen a la provisión que ellos realizan, en los casos en que se sostiene un vínculo de pareja. En algunas ocasiones sus parejas muestran interés en protegerlas y ayudarlas a disminuir el consumo, pero las relaciones afectivo-sexuales suelen estar marcadas por la fragilidad. Las redes de contención y cuidado se conforman principalmente por mujeres; la privatización y feminización del cuidado se desarrolla a través de la dedicación de las mujeres de la familia, aspecto que conduce a su desgaste físico y emocional. Las relaciones entre heteronormatividad y moralidades refuerza el lugar de las mujeres como cuidadoras y, en este sentido, las interpela a mantenerse cerca de sus hijos, aumentando las exigencias y las frustraciones al lidiar con la maternidad y el consumo o la abstinencia en simultáneo; en tanto los varones, sean usuarios o no, son figuras menos presentes en lo que respecta al cuidado de la progenie.

El eje normativo del modelo mujer = madre. Que la maternidad se asuma como aquello que “las sacará del consumo” responde no tanto a las bondades del amor maternal, sino a la subjetivación del mandato social como aquello que les permitirá realizarse. Pero resulta que la realidad es mucho más compleja, aun irreductible a la potencia de un mandato social. El ejercicio de

la maternidad, sobre todo en los primeros meses luego del parto, promueve cambios de relevancia en el comportamiento de las mujeres; para abandonar el consumo sus esfuerzos son enormes. Viviendo en condiciones de extrema precariedad, la idealización de la relación de maternidad como vía para superar la dependencia del uso de pasta base las expone a la frustración, a exigencias familiares y a la subordinación de género en relaciones no deseadas. En consecuencia, ni ellas ni sus hijos reciben muchas veces los cuidados que necesitan. Además, se sobrecargan las redes de cuidado femeninas del entramado familiar y la atención de sus dolencias específicas se desplaza a un lugar secundario, en donde sus cuerpos son ignorados.

Responsabilización de la mujer y estigmatización de la pobreza. En lo que respecta al pasaje por el hospital, estas mujeres usualmente están solas y sus familias tienen dificultades para acompañarlas. La presencia de los padres biológicos y solo cuando mantienen una relación afectivo-sexual con la mujer es eventual, y es casi inexistente cuando este tipo de vínculo no existe. La mujer, por el contrario, sujeta a su condición biológica tanto como al mandato social, indefectiblemente tiene que estar; son ellas quienes afrontan el escrutinio biomédico y jurídico, quienes cargan con la obligación del cuidado del recién nacido, como con las sanciones por el incumplimiento de tales deberes. La carga moral que recae en las mujeres con respecto a los demás involucrados en el hecho reproductivo se potencia cuando se trata de una usuaria de pasta base, puesto que su capacidad de ser madre está puesta en tela de juicio. Cabe llamar la atención con respecto a que entre las mujeres pobres la indagación de su intimidad, sus actitudes y discursos son mucho más rigurosos que con respecto a las mujeres de otras posiciones sociales; sus consumos son identificados y censurados sistemáticamente mediante mecanismos diversos, alcanzando su expresión máxima en la separación de las mujeres de sus hijos, denegando así su derecho a la maternidad. En este sentido, aun enunciando una perspectiva de derechos, las prácticas de las distintas instituciones estatales que de alguna manera se relacionan con los procesos de maternidad terminan teniendo un velo moralizante, que estigmatiza y violenta a estas mujeres. La responsabilización de las mujeres con respecto al cuidado de los hijos constituye una forma específica que adopta la violencia basada en género y su conexión con la privación socioeconómica determina que se llegue a situaciones extremas, como el reingreso hospitalario del recién nacido por desnutrición, infecciones, llegando en algún caso a la muerte.

Tensiones en el vínculo con la institución y conflicto de derechos. El pasaje por el hospital no es identificado por estas mujeres como una instancia en la que puedan solicitar ayuda. Los modos de intervención

muchas veces están sesgados por el desconocimiento de la problemática del consumo de pasta base y por la valoración moral del comportamiento de estas mujeres, desde una perspectiva que coloca en términos excluyentes la maternidad y el uso de pasta base. La tendencia a la patologización del consumo y la estigmatización de la pobreza que funcionan como un único corpus y que subyacen en estas valoraciones, refuerza la distancia y socava las posibilidades de entablar un vínculo basado en la confianza entre equipo de salud y las mujeres. Estos aspectos determinan que los padecimientos específicos de estas mujeres que trascienden lo que atañe específicamente a la maternidad, pero que en última instancia repercuten en esta, no sean considerados suficientemente. La balanza de los derechos no está equilibrada.

Dificultades en trabajar desde la integralidad. Las mujeres que mantienen un consumo problemático de pasta base encuentran barreras simbólicas y de recursos para acceder a la asistencia sanitaria durante el embarazo, así como las instituciones médicas tienen barreras morales, burocráticas y logísticas para llegar hasta ellas u ofrecer asistencia durante este proceso. Así, mayoritariamente llegan al hospital cuando el nacimiento del bebé es inminente. Por ello el momento en que establecen contacto con la institución sanitaria es una instancia clave para atenderlas en lo que respecta a su salud, pero también en lo social, jurídico, económico, etc., puesto que no son dimensiones independientes. Un abordaje integral contemplaría también sus situaciones de pareja, en los casos en los que se hacen presentes, pues en lograr la atención de ambos, por lo menos en lo que respecta a infecciones de transmisión sexual, radica parte del éxito de evitar que vuelvan a contagiarse inmediatamente. Realidades complejas que involucran distintas problemáticas (donde el consumo es solo una parte) no podrán resolverse sin abordajes acordes.

Consumos. Los resultados de los análisis de meconio evidencian no solo que existe un número mucho más amplio de mujeres usuarias de distintas sustancias que las que explicitan su práctica de consumo, sino que esta no es detectable por el dispositivo hospitalario. La naturalización del consumo de sustancias legales como alcohol, tabaco y aún con ciertos reparos la marihuana, y la censura del consumo de sustancias de comercialización ilícita como la cocaína y principalmente la pasta base, propicia que este consumo sea minuciosamente indagado por el dispositivo hospitalario, en tanto aquellos son ignorados. Una de las problemáticas principales a afrontar es la del policonsumo de sustancias, así como es necesario dar una discusión a fondo sobre la valoración moral de las decisiones que toman las mujeres al usar determinadas drogas en el curso de sus embarazos y en el cuidado de

sus hijos. Urge revisar desde una mirada crítica y con sensibilidad de género las posiciones que abogan por indagar en la intimidad de las mujeres y por el uso de dispositivos de control biológico.

Referencias bibliográficas

ALBANO, G.; CASTELLI, L.; MARTÍNEZ, E.; ROSSAL, M. (2014): "Caminando solos". En: Suárez, H. y Rossal, M. (coords.): *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. FHCE-Udelar, OUD, JND, Montevideo, pp.61-154.

— (2015): "Legal, ilegal, legítimo. Usuarios de pasta base de cocaína en Montevideo". *Gazeta de Antropología*, 31(1) [en línea]: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/36112/6/GA%2031-1-08%20GiancarloAlbano_%20y%20otros.pdf>.

ÁVILA, Y. (2004): "Desarmar el modelo mujer = madre", *Debate feminista*, vol. 30, pp. 35-54.

BAMMER, G. y BANWELL, C. (2006): "Maternal habits: narratives of mothering, social position and drug use", *The international journal of drug policy*. Vol. 17, pp. 504-513.

BARDAZANO, G. (2014): Respuestas estatales a los usuarios de sustancias psicoactivas en Uruguay: entre la alternativa y la profundización de la guerra contra las drogas. Colectivo de Estudios Drogas y Derecho. [en línea]: <http://www.drogasyderecho.org/publicaciones/prop_del/uruguay-usuarios.pdf>.

BOURDIEU, Pierre [1998] (2000): *La dominación masculina*. Anagrama, Barcelona.

BOURGOIS, P. (2010): *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.

CAMAROTTI, A. y TOURIS, C. (2010): "Consumo/uso de pasta base en mujeres de zonas marginalizadas del sur de la Ciudad de Buenos Aires". VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA. Disponible en: <http://www.artemisanoticias.com.ar/images/FotosNotas/Mujeres%20PACO%20%20Camarotti%20Touris.pdf>.

CASTAÑO, G. (2000): "Cocaínas fumables en Latinoamérica". *Adicciones*, vol. 12, pp. 541-550.

CASTELLI, L. (2015): Llegó con un cuadro de intoxicación. Mujeres y consumo de pasta base en un hospital de maternidad. Tesina presentada para defender el título del Diploma Superior en Género y Políticas Públicas de FLACSO Uruguay.

CASTILLA, V.; EPELE, M. y OLSEN, C. (2012): “Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina.” *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, Bogotá, n.° 14, pp. 209-229.

CASTILLA, V. y LORENZO, G. (2012): “Maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires”. *Cuadernos de Antropología Social*, n.° 36, pp. 69-89.

— (2013): “Las huellas del daño”. En: Epele, M. (comp.): *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Editorial Antropofagia, Buenos Aires, pp. 57-80.

CASTRO, A. y FARMER, P. (2003): “El sida y la violencia estructural: la culpabililzación de la víctima”. *Cuadernos de Antropología Social*, n.° 17, pp. 29-47.

CHPR-ASSE (2013): Informe de Gestión de Maternidad del Hospital de la Mujer. Disponible en: <http://pereirarossell.gub.uy/index.php/66-noticias-actualidad/241-informe-gestion-maternidad>. Consultado 5/06/2014.

DARRÉ, S. (2013): *Maternidad y tecnologías de género*. Katz Editores, Buenos Aires.

DE BEAUVOIR, S. (2013) [1949]: *El segundo sexo*. De Bolsillo, Buenos Aires.

DOUGLAS, M. (1973): *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y salud*. Siglo XXI, Madrid.

EPELE, M. (2007): “La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud”. *Cuadernos de Antropología Social* n.° 25, Instituto de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, pp.153-170.

— (2008): “Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina”, *Antípoda*, n.° 6, pp. 293-312.

— (2010): *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Paidós, Buenos Aires.

— (2012): “Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização”. *Mana* 18(2), pp. 247-268.

— (2012a): “Introducción”. En: Epele, M. (comp.): *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Antropofagia, Buenos Aires, pp. 7-24.

FARMER, P. (2004): “An anthropology of structural violence”. Current *Anthropology*, vol. 45, n.° 3, pp. 305-325.

FILARDO, V. (2011): “Transiciones a la adultez y educación”. En: Filgueira, F. y Mieres, P. (eds.): *Jóvenes en tránsito. Oportunidades y obstáculos en las trayectorias a la vida adulta*. UNFPA-RUMBOS, pp. 13-62.

FOLGAR, L. (2003): “Aportes antropológicos sobre la cuestión del tema ‘drogas’“. *Anuario de Antropología Social y Cultural*, Departamento de Antropología Social, FHCE, Montevideo, pp. 25-37.

— (2006): “De lata y lateros: usuarios de PBC y sus mundos de sentido”. *Anuario de Antropología Social y Cultural*, Departamento de Antropología Social, FHCE, Montevideo, pp. 117-183.

FRAIMAN, R. y ROSSAL, M. (2008): “El retorno del Estado. Políticas sociales y comunidad(es) imaginada(s) en Montevideo”. *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, FHCE-Udelar, Nordan Comunidad, Montevideo, pp. 127-140.

— (2009): *Si tocás pito te dan cumbia. Esbozo antropológico de la violencia en Montevideo*. AECID, PNUD, MI, Montevideo.

— (2011): *De calles, trancas y botones. Una etnografía sobre pobreza, violencia y solidaridad urbana*. BID, MI, Montevideo.

GARIBOTTO, G.; CALICCHIO, L.; LATORRE, L. y SCARLATTA, L. (2006): *Mercado de pasta base de cocaína en Uruguay. Complejidad y prospectiva*. Documento pdf disponible en: <http://www.tni.org/sites/www.tni.org/archives/docs/200702282203566165.pdf>. Consultado el 16/02/2015.

GARIBOTTO, G. y otros; BLIKMAN, T. y Equipo Intercambios (2006): “El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el Cono Sur.” *Drogas y conflicto*. Documentos de debate, n.° 14, Transnational Institute, Amsterdam.

GOFFMAN, E. (2006) [1963]: *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires.

GUBRIUM, A. (2008): “Writing against the image of the monstrous crack mothers”, *Journal of Contemporay Ethnography*, vol.37, n.° 5, pp. 511-527.

IMAZ, E. (2010): Convertirse *en madre. Etnografia del tiempo de gestación. Feminismos*, Ediciones Cátedra, Universidad de Valéncia, Madrid.

INCIARDI, J. (1995): “Crack, crack house, sex, and HIV risk”. *Archives of sexual behavior*, vol. 24, n. ° 3, pp. 249-269.

JND/UNODC (2014): *Estudios de seroprevalencia de VIH/sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana*. MSP/JND/UNODC/ONUSIDA/UNFPA, Montevideo.

LAMAS, M. (2000): “Diferencias de sexo, género y diferencia sexual”, *Cuicuilco*, vol. 7, n.° 18, ENAH, México DF.

LIMA DA SILVA, S. (2000: Mulheres da luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack. Dissertação de Maestrado apresentado ao Departamento de Práticas de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do Grau do Mestre. São Paulo. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-27042008-180551/en.php>.

LLOPIS, J.; CASTILLO, A.; REBOLLIDA, M. y STOCCO, P. (2005): “Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención”. *Salud y drogas*, n.° 2, pp. 137-158.

MAHER, L. y CURTIS, R. (1992): “Women on the edge of crime: Crack cocaine and the changing contexts of street-level sex work in New York City”, *Crime, law and social change*, vol. 18, n.° 3, pp. 221-258.

MANRIQUE, S.; PUENTES, S. y ORJUELA, M. (2007): “Meconio: vehículo de biomarcadores de exposición a sustancias psicoactivas en gestantes”. *NOVA*, Publicación en Ciencias Biomédicas, vol. 5, n.° 7, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, pp. 76-83.

MONTAÑO, S. (2003): “Políticas para el empoderamiento de las mujeres como estrategia de lucha contra la pobreza”. En: Atria, R.; Siles, M.; Arriagada, I.; Lindon J. y Whiteford, S. (comps.): *Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma*. CEPAL, Santiago de Chile, pp. 361-378.

MORAES, M.; SCORZA, C.; ABIN-CARRIQUIRY, J.; PASCALE, A., GONZÁLEZ, G. y UMPIÉRREZ, E. (2010a): “Consumo de pasta base de cocaína en el Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones”. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, vol. 81, n.° 2, pp. 100-104.

MORAES, M.; BOCCARATO, A.; BAZAN, G.; GRUNBAUM, S.; CANAVESSI, M.; HOPPE, A.;... BORBONET, D. (2010b): “Consenso para la atención integral de recién

nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación". *Archivos de Pediatría del Uruguay*, vol. 81, n.° 4, pp. 251-257.

MORAES, M.; GONZÁLEZ, G.; SOSA, C.; UMPIÉRREZ, E.; GHIONE, A.; BERTA, S.;... BORBONET, D. (2014a): "Características de la población expuesta a cocaína y pasta base de cocaína durante la gestación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell". *Archivos de Pediatría del Uruguay*, vol. 85, n.° 3, pp. 155-160.

MORAES, M.; GONZÁLEZ, G.; SOSA, C. y UMPIÉRREZ, E. (2014b): *Consumo de alcohol, cocaína y cafeína en el embarazo: efectos sobre el embarazo y el niño.* Interdisciplinarias 2013. Espacio Interdisciplinario, Universidad de la República, Montevideo.

OSIMANI, M.; LATORRE, L.; GARIBOTTO, G.; SCARLATTA, L.; CHIPARELLI, H. y VIDAL, J. (2005): "VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, VDRL en usuarios de cocaína no inyectable en Uruguay." *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*. Vol. 17, n.° 2, pp. 157-162.

OUD (2007): 4.ª Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. OUD, JND, Montevideo.

— (2012): 5.ª Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. OUD, JND, Montevideo.

PASCALE, A.;, NEGRÍN, A. y LABORDE, A. (2010): "Pasta base de cocaína. Experiencia del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico". *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*. Vol. 22, n.° 3, pp. 227-232.

RENOLDI, B. (2001): "'Estar sano es ser persona'. El caso de los usuarios de drogas en tratamiento". *Cuadernos de Antropología Social* n.° 13, pp. 183-203.

ROBERTS, D. (1991): "Punishing drug addicts who have babies: women of color, equality, and the right of privacy". *Harvard Law Review*, vol. 104, n.° 7, pp. 1419-1482.

RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, C. (2007): *La organización del cuidado en niños y niñas en Argentina y Uruguay*. CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo, n.° 90, Santiago de Chile.

ROSE, N. (2007): "¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno". *Revista Argentina de Sociología*, año 5, n.° 8, pp. 111-150.

ROSSAL, M. (2013): "Dispositivos estatales, moralidades y dones envenenados: aproximaciones etnográficas a las relaciones de intercambio de pasta base de cocaína". Tesis presentada para defender el título de la Maestría en Ciencias Humanas, opción Antropología de la Región de la Cuenca del Plata, FHCE-Udelar, Montevideo.

ROSSI, G. (2009): “Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas”. *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. 20, n.° 87 pp. 359-370.

ROSTAGNOL, S. (2012): “De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres”. *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana*, n.° 12, Dossier n.° 1, pp. 198-223.

SALETTI, L. (2008): “Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad”. *Clepsydra*, n.° 7, pp. 169-183.

SANSEVIERO, R.; ROSTAGNOL, S.; GUCHIN, M. y MIGLIÓNICO, A. (2003): *Condena, tolerancia y negación, el aborto en Uruguay*. Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz. Universidad para la Paz. Montevideo.

SCHEPER-HUGHES, N. (1997): *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Ariel, España.

SEGATO, R. (2010): *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Prometeo Libros, Buenos Aires.

SILVA DE SOUZA, R. (2004): “Narcotráfico y economía ilícita: las redes del crimen organizado en Río de Janeiro”. *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 66, n.° 1, pp. 141-192.

STERK, C. (1999): *Fast lives: women who use crack cocaine*. Temple University Press, Philadelphia.

TARDUCCI, M. (2008): “Presentación”. En: Tarducci, M. (org.): *Maternidades en el siglo XXI*. Espacio Editorial, Buenos Aires.

TELFAIR, T. (2001): “Sex-for-crack-cocaine exchange, poor black women, and pregnancy”, *Qualitative Health Research*, vol. 11, n.° 5, pp. 612-630.

WACQUANT, L. (2001): *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*, Manantial, Buenos Aires.

ZIGON, J. (2007): “Moral breakdown and the ethical demand: a theoretical framework for an anthropology of moralities”. *Anthropological Theory* vol. 7, n.° 2, pp. 131-150.

Capítulo 8. PBC: aspectos toxicológicos

Antonio Pascale[35]

Agradecimiento por la revisión de este capítulo a la
Profesora Dra. Amalia Laborde.

8.1. Conceptos generales

La PBC es un producto intermediario en la producción de clorhidrato de cocaína. Reportes internacionales refieren un 40 a 85 % del alcaloide (Negrin y otros, 2009). La pasta base suele estar adulterada en su composición. Meikle y otros (2009), mediante análisis cuantitativo de muestras de PBC incautada en Uruguay, evidenciaron que la media del contenido de cocaína base estuvo en un 68 % y cafeína en un 15 % como adulterante. En dichas muestras también se encontraron de sustancias como ecgonina, trans-cinnamoylecgonina, cis-cinnamoylecgonina. No se detectó lidocaína como sustancia adulterante adicional a cafeína. La pureza en cocaína de estas muestras fue mayor que aquella analizada en muestras comparativas en otros países (Meikle y otros, 2009). En Uruguay investigaciones forenses revelaron la presencia de levamisol, antihelmíntico de uso veterinario relacionado a cuadros de agranulocitosis e infecciones graves (Zhu y otros, 2009), así como de fenacetina (analgésico de potencial nefrotoxicidad), en muestras incautadas de PBC y clorhidrato de cocaína, así como también en muestras biológicas (Hikichi y otros, 2013).

La PBC es una cocaína fumable que se consume en pipas plásticas o metálicas, inhaladores con tapita de refresco, antenas de autos y en ocasiones

35 Profesor adjunto de Toxicología, Udelar.

se fuma mezclada con marihuana (“basoco”) o con tabaco (“tabasoco”) en cigarrillo. La dosis, denominada “chasqui”, “lágrima” o “medio”, oscila entre 0,1 a 0,5 g (Castaño, 2000; Pascale, 2005). El policonsumo, es decir el consumo de PBC y al menos otra sustancia en forma simultánea o secuencial (tabaco, marihuana, alcohol etílico), es la modalidad de consumo más frecuentemente reportada desde los Centros de Tratamiento (García y otros, 2013).

El tipo y la magnitud del daño en la embarazada y el feto dependerán de factores tales como:

- Toxicidad debida al alcaloide cocaína y a la presencia de otros alcaloides, contaminantes, adulterantes, así como a la injuria térmica y a los productos de la combustión (anhidroecgonina metil-éster derivado de la pirólisis de la cocaína fumable, monóxido de carbono y otros productos derivados de la quema de plásticos y metales de las pipas artesanales) (Negrin y otros, 2009; Castaño G, 2000).
- Dosis y duración del consumo.
- Asociación con otras drogas.
- Etapa del embarazo en la cual ocurre la exposición.

8.2. Efectos tóxicos agudos y crónicos; neurobiología y toxicidad de la PBC

La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso central. Incrementa la concentración sináptica de dopamina, responsable del efecto euforizante. La cafeína usada como adulterante, volatizada al fumarse, posee un efecto sinérgico a la cocaína incrementando su efecto estimulante (López-Hill y otros, 2011). A nivel sináptico la cocaína bloquea la recaptación y estimula la liberación de catecolaminas endógenas (dopamina, noradrenalina, serotonina); la consiguiente estimulación del sistema nervioso simpático explica los efectos clínicos de la sustancia. Por otra parte, la cocaína bloquea los canales de sodio (efecto estabilizante de membrana), lo cual también explica su toxicidad neurológica y cardiovascular.

En caso de interrupción o franca disminución de un consumo relativamente prolongado, se activan al máximo los mecanismos de recaptación de los neurotransmisores involucrados, disminuyendo la concentración sináptica de dopamina, lo cual explica las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia: ansiedad o *crash* seguida de depresión y anhedonia (ausencia de placer) (1,5).

Las formas fumables de cocaína (pasta base, crack, free base) son altamente liposolubles, atraviesan rápidamente la barrera hematoencefálica,

alcanzan el sistema nervioso central y tardan solo cinco segundos en producir el efecto euforizante. La duración de este es muy corta; el efecto estimulante desaparece rápidamente y ocasiona una profunda angustia en el consumidor. Esto explica el deseo compulsivo por seguir consumiendo y el gran poder adictivo de las cocaínas fumables.

La consumidora de pasta base puede presentar un síndrome disfórico preconsumo caracterizado por ansiedad, excitación psicomotriz, sudoración, temblores, dolor abdominal y urgencia rectal, que característicamente disminuye desde el momento que obtiene la sustancia para ser consumida.

La etapa aguda del consumo de pasta base fue sistematizada en cuatro estados clínicos:

1. Euforia. Se produce un *flash* placentero e intenso que dura apenas 5 segundos, acompañado de disminución de las inhibiciones, cambios en los niveles de atención, hiperexcitabilidad, hipervigilancia, aceleración de los procesos del pensamiento. En esta etapa hay riesgo de sobredosis por cocaína.
2. Disforia. Al caer bruscamente el efecto euforizante aparecen elementos de la esfera psíquica, como angustia, ansiedad, deseo incontrolable por seguir consumiendo, inseguridad, seguido de una profunda depresión (en ocasiones con ideación suicida). La disforia resulta de mecanismos neurobiológicos, pero también de factores psicológicos, sociales, culturales, ambientales en el contexto de consumo de PBC.
3. Consumo ininterrumpido. A fin de evitar la etapa de disforia.
4. Psicosis y alucinaciones. En casi la totalidad de los consumidores de pasta base aparece un síndrome paranoide: se tornan suspicaces, desconfiados, se sienten espiados o perseguidos. Puede acompañarse de ilusiones o verdaderas alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, que tienden a suceder luego de terminado el consumo.

En Uruguay, un estudio desarrollado en el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico reveló que las manifestaciones clínicas prevalentes en la sobredosis por PBC son similares a aquellas descritas para el clorhidrato de cocaína: manifestaciones cardiovasculares (taquicardia, hipertensión arterial) y neurológicas (excitación psicomotriz y convulsiones) en el contexto clínico de un síndrome simpaticomimético. Un porcentaje importante de usuarios de PBC realizan intentos suicidas pocas horas después de su consumo.

Al igual que el clorhidrato de cocaína, el consumo de pasta base puede causar hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, convulsiones, infartos y

hemorragias cerebrales (tanto en sobredosis como en el consumo crónico). Se asocia además con hepatotoxicidad, rabdomiólisis y falla renal. La asociación con otras drogas (como alcohol etílico) es frecuente y puede generar presentaciones clínicas atípicas e incrementar la gravedad de la intoxicación aguda (Prosser y otros, 2015).

Ferrando y otros (2009) demostraron alteraciones de la perfusión cerebral en consumidores activos de PBC mediante tomografía computarizada de emisión monofotónica SPECT. Las alteraciones prefrontales podrían relacionarse con predisposición a la conducta agresiva, particularmente durante el consumo o la abstinencia precoz (Ferrando y otros, 2009).

Los consumidores de PBC poseen una mayor prevalencia de trastornos electrocardiográficos (Fernández y otros, 2005). En una serie de 29 pacientes, Kapitan y otros (2014) demostraron que el consumo de PBC se asociaba con disfunción ventricular asintomática, cambios subclínicos perjudiciales en estructura y función arterial, así como un mayor riesgo cardiovascular (Kapitan y otros, 2014).

Las usuarias de cocaína, tanto intravenosa como fumada, tienen riesgo de adquirir infección por VIH y hepatitis a virus B y C, ya sea por compartir los dispositivos de consumo, mantener relaciones sexuales con usuarios inyectores y no utilizar métodos de barrera (Muzzio y otros, 2010).

Vinculadas a la forma de consumo se destacan como complicaciones: graves quemaduras de cara, labios y manos (Bernardes y otros, 2013), alteraciones odontológicas y gingivales (Asián, 2011), así como enfermedades respiratorias (bronquitis, injuria pulmonar, neumomediastino espontáneo, entre otras) que se relacionan con los contaminantes y productos de la combustión (Terra y otros, 2004; Mançano y otros, 2008; López Penza y otros, 2007). Las manifestaciones clínicas respiratorias en usuarios de PBC son frecuentes y no parecen estar relacionadas con una enfermedad pulmonar específica (Pascale y otros, 2011).

Durante el embarazo existen complicaciones materno-fetoneonatales relacionadas con el consumo materno y la exposición embriofetal: aborto espontáneo, restricción del crecimiento intrauterino, parto de pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, son algunas complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y del recién nacido (Moraes y otros, 2010; Mena y otros, 2000). Los hijos de madres consumidoras de PBC tienen una mayor incidencia de bajo peso al nacer, dificultad transitoria en la succión/alimentación, irritabilidad, algunos de estos síntomas atribuibles a un síndrome de abstinencia leve que en general no requiere tratamiento farmacológico específico (Manotas y otros, 1997). Los hijos de

madres consumidoras de PBC presentan mayor riesgo de alteraciones del neurodesarrollo, no pudiéndose atribuir las mismas al efecto exclusivo de la exposición prenatal a cocaína (Moraes y otros, 2010; Manotas y otros, 1997). Desde el punto de vista epidemiológico existen otros factores de riesgo obstétrico asociados con mayor frecuencia al consumo de drogas, que dificultan aún más el diagnóstico etiológico e incrementan el riesgo de complicaciones. Resulta entonces complejo saber hasta cuándo es posible considerar el efecto de cada sustancia en forma independiente (Calvo Botella, 2004; Fine, 2015).

El alcaloide cocaína y sus metabolitos se excretan por la leche materna. Reportes de casos clínicos y estudios de *screening* en usuarias de cocaína previo al parto evidencian la detección de cocaína y benzoilecgonina en leche materna en las primeras 48 a 72 horas luego del último consumo (Cocaine, 2008). Existen algunos reportes de complicaciones neonatales secundarias a la exposición a cocaína a través de la leche materna (temblor, vómitos, hipertensión arterial), coincidiendo con dicho período de excreción desde el último consumo (Chasnoff y otros, 1987). Más allá de las 72 horas no se ha demostrado excreción de cocaína a través de la leche materna, hecho favorable para poder promover la lactancia en aquellas madres que logran la abstinencia (Moraes y otros, 2010).

Referencias bibliográficas

ASIÁN D. J. (2011): “Implicancias odontológicas en el uso de drogas en adolescentes”. *Odontol Pediat*, 10(2): 122-130.

BERNARDES FILHO, F.; BERNARDES DA SILVA, Y.; MARTINS, L. G.; SOARES SASSO, L.;, MILANEZ MORGADO DE ABREU, M. A. (2013): “Fingertip and nasal tip thermal burn in crack cocaine user”. *An Bras Dermatol*, 88(5): 850-852.

COCAINE. In: Briggs, G.; Freeman, R.; Yaffe, S. (2008): “Drugs in Pregnancy and Lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk”. 8th Ed. Ed Lippincott Williams & Wilkins, pp. 404-417.

CHASNOFF, I. J.; LEWIS, D. E.; SQUIRES, L. (1987): “Cocaine intoxication in a breast-fed infant”. *Pediatrics*, 80: 836-838.

CALVO BOTELLA, H. (2004): “Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas”. *Adicciones 2004*, 16: 295-314.

CASTAÑO, G. (2000): “Cocaínas fumables en Latinoamérica”. *Adicciones 2000*, 12(4): 541- 550.

FERRANDO, R.; BOCCHINO, A.; BARRACHINA, A.; FERRO, L.; RODRÍGUEZ, J.; SILVEIRA, A. y otros (2009): "Alteraciones de la perfusión cerebral en consumidores activos de pasta base de cocaína". *Rev. Psiquiatr. Urug.*, 73(1): 51-62.

FINE, J. S. (2015): "Reproductive and perinatal principles". In: Flomenbaum, N.; Goldfrank, L. eds. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*. New York: 10 th Ed. McGraw Hill, pp. 395-414.

GARCÍA, S.; NEGRIN, A.; ORMAECHEA, R.; PASCALE, A.; YEMINI, P. (2013): "Repercusiones médico-toxicológicas del consumo de pasta base de cocaína". Resúmenes del 9º Congreso Regional Latinoamericano de TIAFT. URUTIAFT. Cienc. forense latinoam. (Suplem): 29.

HIKICHI, N.; BONDA, J.; LERENA, E. (2013): "Adulterantes de cocaína: levamisol y fenacetina. Presencia en huesos y otras muestras forenses". Resúmenes del 9º Congreso Regional Latinoamericano de TIAFT. URUTIAFT. Cienc. forense latinoam. (Suplem): 68.

JERI, F. R.; SANCHEZ, C. C.; DEL POZO, T.; FERNÁNDEZ, M.; CARBAJAL, C. (1978): "Further experience with the sindromes produced by coca paste smoking". *Bulletin on Narcotics*, (3): 1-11.

JERI, F. R. (1984): "Coca paste smoking in some Latin American countries: a severe and unabated form of addiction". *Bulletin on Narcotics*, XXXVI (2): 15-31.

JUNTA NACIONAL DE DROGAS (2013): *Estudios de seroprevalencia de VIH/SIDA y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana*. Secretaría Nacional de Drogas, Uruguay, Año 2013. Disponible en http: <www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/estudio_vih_sida_cocaina_fumable.pdf>. Consultado el 03/03/2015.

KAPITAN, M.; FARRO, I.; NEGRIN, A.; LUJAMBIO, M.; ZÓCALO, Y.; PAN, M. y otros (2014): "El consumo crónico de clorhidrato y/o pasta base de cocaína asocia envejecimiento arterial prematuro y aumento del riesgo cardiovascular". *Rev. Urug. Cardiol.*, 29: 299-310.

LÓPEZ-HILL, X.; PRIETO, J. P.; MEIKLE, M. N.; URBANAVICIUS, J.; ABIN-CARRIQUIRY, J. A.; PRUNELL, G. y otros (2011): "Coca-paste seized samples characterization: chemical analysis, stimulating effect in rats and relevance of caffeine as a major adulterant". *Behav. Brain Res.*, 221(1): 134-41.

LÓPEZ PENZA, P.; ODRIOZOLA, M.; RUSO, L (2007): "Neumomediastino espontáneo asociado al consumo de drogas inhalantes". *Rev. Med. Urug.*, 23: 260-264.

MORAES, M.; SCORZA, C.; ABIN-CARRIQUIRY, J. A.; PASCALE, A.; GONZALEZ, G.; UMPIÉRREZ, E. (2010): "Consumo de pasta base de cocaína en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones". *Arch. Pediatr. Urug.*, 81(2): 100-104.

MENA, M.; NAVARRETE, P.; CORVALÁN, V.; BEDREGAL, G. (2000): "Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo". *Rev. Méd. Chile*, 128(10): 1093-1100.

MANOTAS, R.; CAICEDO, J.; GÓMEZ, L. (1997): "Comportamiento neurológico del recién nacido de madre consumidora de basuco durante la gestación". *IATREIA*; 10 (1): 30-34.

MORAES, M.; BOCCARATO, A.; BAZAN, G.; GRUNBAUM, S.; CANAVESSI, M.; HOPPE, A. y otros (2010): "Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación". *Arch. Pediatr. Urug.*, 81(4): 251-7.

MEIKLE, M.; URBANAVICIUS, J.; PRUNELL, G.; UMPIÉRREZ, E.; ABÍN-CARRIQUIRY, A.; SCORZA, M. (2009): "Primer estudio pre-clínico de la acción de pasta base de cocaína en el sistema nervioso central". *Rev. Psiquiatr. Urug.*, 73(1): 25-36.

MUZZIO, E.; RAJPUT, S.; NAVEIRA, J.; SEGURA, M.; VILA, M.; RALÓN, G. y otros (2010): "Infections and other health problems among coca paste users at a drug treatment center in Buenos Aires, Argentina". *Rev. Argent. Salud Pública*, 1(4): 14-19.

MANÇANO, A.; MARCHIORI, E.; ZANETTI, G.; ESCUISSATO, D.; CUNHA DUARTE, B.; DE ARAUJO APOLINÁRIO, L. (2008): "Complicações pulmonares após uso de crack: achados na tomografia computadorizada de alta resolução do tórax". *J. Bras. Pneumol.*, 34(5): 323-327.

NEGRIN, A.; PASCALE, A.; LABORDE, A. (2009): "Adicciones". Capítulo 105: 1273-1288. En: *Pediatría. urgencias y emergencias*. 3.ª edición. Ed. BiblioMédica.

PASCALE, A. (2005): "Pasta base de cocaína: Aspectos médico-toxicológicos". *Rev. Urug. Ginecol. Infancia Adolec.*, 5(1): 21-8.

PROSSER, J.; HOFFMAN, R.; COCAINE (2015): In: Flomenbaum, N.; Goldfrank, L. eds. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*. New York: 10 th Ed. McGraw Hill: 1054-1063.

PÉREZ, J. (2003): "Clínica de la adicción a pasta base de cocaína". *Rev. Chil. Neurosiquiatr.*, 41(1): 55-63.

PASCALE, A.; NEGRIN, A.; LABORDE, A. (2010): "Pasta base de cocaína: experiencia del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico". *Adicciones*, 22: 227-232.

PIMENTEL FERNÁNDEZ, C.; RODRÍGUEZ, M.; PINTO, J.; CARRIÓN, M. (2005): "Uso de pasta básica de cocaína y sus alteraciones cardíacas. Estudios de casos y controles". *Rev. Per. Cardiología*., XXXI (3): 166-75.

PASCALE, A.; NEGRIN, A.; ORMAECHEA, R. (2011): "Estudio preliminar de la repercusión pulmonar por consumo de pasta base de cocaína". *Arch. Bronconeumol.*, 47(2): 108.

TERRA, M.; YEN, C. C.; DE PAULA SANTOS, U.; ROMERO MUÑOZ, D. (2004): "Pulmonary alterations in cocaine users". *Sao Paulo Med. J*., 122(1): 26-31.

UNODC (2013): "Capítulo 6: Aspectos clínicos". *Pasta básica de cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos*. DEVIDA. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Ed. abril 2013, Perú.

ZHU, N.; LEGATT, D.; TURNER, A. R. (2009): "Agranulocytosis after consumption of Cocaine adulterated with levamisole". *Ann. Int. Med*., 150: 287-88.

Capítulo 9. Efectos del consumo de derivados de cocaína sobre el recién nacido

Los derivados de cocaína fumadas, entre ellas la PBC, alcanzan su concentración pico en sangre materna en 3 minutos y atraviesan rápidamente la placenta hacia el feto. La vida media en la circulación fetal es mucho más prolongada que en la circulación materna debido a que la cocaína, benzoylecgonina y norcocaína se depositan en el miometrio, en las membranas placentarias y en el líquido amniótico y persisten en la circulación fetal, luego de que sus niveles no son detectados en la circulación materna (Kuczkowski, 2007).

Las vías por las cuales la cocaína llega a la circulación fetal son el pasaje transplacentario, la sustancia almacenada en el miometrio y en las membranas placentarias; y además se recicla desde el líquido amniótico. Sus características químicas por ser altamente liposoluble, con baja ionización y su bajo peso molecular permite su llegada a la circulación fetal y el pasaje por la barrera hematoencefálica (De Giovanni y otros, 2012).

Los primeros reportes sobre malformaciones congénitas debido a consumo de derivados de cocaína no se comprobaron en estudios realizados posteriormente (Bingol y otros, 1987; Little y otros, 1989; Chasnoff y otros,1988; Chasnoff y otros, 1989).

La realización de estudios científicos bien diseñados con un número adecuado de pacientes permite asegurar que el consumo de cocaína *no produce malformaciones congénitas* (Lester y otros, 2002; Behnke y otros, 2013; Chiriboga y otros, 2014)

En las tablas 13 y 14 se presentan los resultados obtenidos por el grupo de investigación en recién nacidos, comparando los hijos de mujeres que no consumieron PBC durante la gestación con aquellos recién nacidos que estuvieron expuestos a la sustancia en la vida fetal.

Variable	Cocaína + en meconio N=29	Cocaína – en meconio N=290	Valor de test estadísticos
Peso al nacer media	3071,7 g	3220,7 g	Diferencia entre medias 149 g, P=0885
Circunferencia craneana media	32,6 cm	33,9 cm	Diferencia entre medias 1,3 cm , P=0.05
Examen físico			
Normal	25 (86,2 %)	260 (89,65 %)	Pearson Chi² 0.3292
Patológico	4 (13,79 %)	30(10,34 %)	P= 0.566
Recién nacido en alojamiento conjunto			
No	9 (31,03 %)	42 (14,48 %)	Pearson Chi² 5.3773
Sí	20 (68,96 %)	248 (85,51 %)	P = 0.020
Presencia de uno o más síntomas al nacer			
No	26 (89,65 %)	272 (93,79 %)	Pearson Chi² 0.7340
Sí	3 (10,34 %)	18 (6,20 %)	P = 0.392

Tabla 13. Diferencias en resultados neonatales en muestra al azar con identificación en meconio del recién nacido.

Variable	Cocaína –en meconio		Cocaína + en meconio		Consumo disruptivo de PBC	
	N = 290	Frecuencia relativa	N = 29	Frecuencia relativa.	N = (16)	Frecuencia relativa
Media de peso al nacer	3234 g	DE=618g	3071g	DE=625g	2602g	DE=617g
Media de circunferencia craneana	34.01cm	DE=3.60cm	33.74cm	DE=1.77cm	31.96cm	DE=2cm
Examen físico anormal#	30	10,34 %	4	13,79 %	4	25 %
Síntomas neuroconductuales##	18	6,2 %	3	10,34 %	2	12,5 %
Ingreso*	42	14,48 %	9	31,03 %	12**	75 %
Pequeño para la edad gestacional***	30	10,6 %	5	17,24 %	8	50 %

Tabla 14. Diferencias en resultados neonatales en las poblaciones con consumo disruptivo de PBC. #Examen físico realizado por el pediatra al nacer normal, sin alteraciones. ##Presencia de una o más de las siguientes condiciones: temblor, llanto intenso, irritabilidad, convulsiones, vómitos, diarrea, dificultad respiratoria, fiebre, dificultad al alimentarse durante la internación. *Se refiere al ingreso del recién nacido por indicación médica independiente de la causa. **En la mayoría de los casos la única razón de ingreso se debió al consumo de PBC por la madre. ***Peso menor al percentil 10 en las curvas de peso al nacer para sexo y edad gestacional.

9.1. Efectos sobre el crecimiento fetal

En nuestra investigación se observó una diferencia en la media de peso al nacer de 163 g menos en los recién nacidos con derivados de cocaína positiva en meconio, con respecto a los fetos que no estuvieron expuestos durante la gestación. La diferencia de peso fue significativamente mayor en los hijos de mujeres que tenían consumo disruptivo, o sea, que estaban expuestos a múltiples factores de riesgo además del consumo de sustancias. La diferencia entre las medias de peso al nacer fue de 632 g en este grupo. La exposición a cocaína incrementa la incidencia de pequeños para la edad gestacional (< al percentil 10 en curvas de referencia para edad gestacional y sexo) hasta un valor de 50 % en los hijos de madres con consumo disruptivo y múltiples factores de riesgo. También se observó diferencia en la circunferencia

craneana teniendo un valor estadísticamente significativo (p=0.05) en los recién nacidos con cocaína positiva al meconio (34,01 cm) con respecto a los que no estuvieron expuestos en su vida intrauterina (33,74 cm). En el caso de consumo disruptivo con múltiples factores de riesgo la diferencia fue de 2,05 cm entre las medias de circunferencia craneana.

Los resultados de diferentes investigaciones sobre los efectos del consumo de derivados de cocaína sobre el crecimiento fetal concuerdan con los resultados del estudio que realizamos. The Maternal Lifestyle Study incluyó a 717 recién nacidos con meconio positivo y 7442 recién nacidos sin exposición intrauterina. En este estudio se observó que los recién nacidos con cocaína positiva en meconio tenían 1,2 semanas menos de gestación, pesaban 536 g menos al nacer y una circunferencia craneana 1,5 cm menor frente a los recién nacidos sin exposición intrauterina. Todos los resultados fueron estadísticamente significativos con una p<0.001(Bada HS, 2002).

Un meta análisis de 31 estudios sobre los efectos de la cocaína durante el embarazo confirmó un incremento significativo del bajo peso al nacer (<2500 g) con *odds ratio* (OR) de 3.66 y un intervalo de confianza de 95 % de 2.90-4.63 (Bauer y otros, 2005).

Otros estudios demuestran aumento del riesgo de pequeño para la edad gestacional con un OR de 3.23 (IC 95 %: 2.43-4.30) con un diferencia de media de peso al nacer de 492 g (Gouin y otros, 2011).

Es importante destacar que las alteraciones sobre el crecimiento no se observan luego de los seis años de vida (Shankaran, 2011), pero los efectos negativos sobre la salud de la alteración del crecimiento fetal persisten. En 1986, David Barker y su grupo en el Reino Unido propuso lo que se conoce como *hipótesis de Barker*, que postuló que la nutrición inapropiada en la vida temprana aumenta la susceptibilidad a enfermar o morir, independientemente de otros factores de riesgo en individuos que reciben una dieta abundante posteriormente (Barker y otros, 1986; Barker y otros, 1992).

The Maternal Lifestyle Study, al comparar a los 9 años de edad a 277 niños que en el período neonatal tuvieron cocaína positiva en meconio con 603 no expuestos a cocaína durante la gestación, demostró una elevada incidencia de hipertensión arterial y de obesidad. Los hijos de madres con un elevado consumo de cocaína eran los más afectados. Estos hallazgos pueden deberse al efecto indirecto que hemos observado en las madres con elevado consumo de PBC sobre el peso al nacer y el crecimiento fetal, en consonancia con la hipótesis de Barker (Shankaran y otros, 2010; Linda y otros, 2011).

9.2. Síndrome de abstinencia y alteraciones neuroconductales en fetos expuestos a derivados de cocaína

El síndrome de abstinencia neonatal fue descripto para los hijos de mujeres adictas a los opiáceos (Hudak y otros, 2011). En estos casos se observó que luego del nacimiento los niños presentaban temblores, irritabilidad, llanto intenso, fiebre, vómitos, diarrea, convulsiones y muerte. Al ser tratados con licor de Brompton, un jarabe de morfina para ser administrado por vía oral, los síntomas desaparecían. Estas alteraciones pueden observarse con otras sustancias como los barbitúricos. Para el caso de los derivados de cocaína y PBC la presencia de síndrome de abstinencia no está claramente definida y referirse a *alteraciones neuroconductuales* puede ser más apropiado (Behnke y otros, 2013). Los resultados de nuestra investigación demostraron un aumento del porcentaje de síntomas neuroconductuales, especialmente temblor de baja intensidad, dificultad al alimentarse, hipotonía, pero sin tener una diferencia estadísticamente significativa con los fetos no expuestos. El mayor porcentaje de síntomas neuroconductuales en los recién nacidos hijos de madres disruptivas está en consonancia con la hipótesis de que estas alteraciones tienen una influencia importante de las características del ambiente de crianza, como la salud mental materna, sus conductas de cuidado, la calidad del apego; como se analiza posteriormente (Kocherlakota, 2014).

Se observó un aumento del riesgo de ingresar al servicio de neonatología en los hijos de madres que consumieron PBC en relación a los recién nacidos no expuestos durante la vida intrauterina ($p=0.02$)

Otros investigadores reportaron aumento significativo de síntomas neuroconductuales como temblores (OR2.17; IC 95 %, 1.44-3.29), llanto de tono elevado (OR 2.44; IC 95 %:1.06-5.66), irritabilidad (OR1.81; IC 95 %: 1.1-2.80), succión excesiva (OR 3.58; IC 95 %:1.63-7.88), hiperalerta (OR 7.78; IC 95 %: 1.72-35.06) y alteración del tonovasomotor (OR 2.64; IC 99 %: 1.17-5.95).

9.3. Consumo disruptivo y mortalidad infantil

Hemos denominado *consumo disruptivo* al consumo de PBC en dosis elevadas, con una frecuencia mayor a 1 vez por semana y que se acompañan de múltiples factores de riesgo y alta vulnerabilidad social.

La muerte de un niño en la actualidad en Uruguay es un hecho muy poco frecuente. En 2013 la mortalidad infantil en Uruguay fue de 8,8 por 1000 recién nacidos vivos. El consumo disruptivo de PBC es un elemento de riesgo de vida importante para los niños en estas familias. La elevada

incidencia de mortalidad infantil en esta población llamó la atención al grupo de investigación. En el grupo de 16 mujeres con consumo disruptivo, 14 declararon consumir PBC más de 1 vez por semana y tenían un embarazo previo. En este grupo 4 tenían hijos muertos (28,57 %), 1 al nacer, 1 en la primera semana y 2 después de la primera semana.

Una de las características de este tipo de consumo es participar en lo que los consumidores denominan *giras* o *emparrillarse* (Castilla 2012). Durante estos episodios las mujeres consumidoras se alejan por días de sus casas, dedicadas al consumo de PBC en grupos que permanecen en la calle o en viviendas precarias. En estas circunstancias sus hijos quedan al cuidado de familiares, generalmente abuelas o tías. Estos episodios conllevan un elevado riesgo para la vida de sus hijos.

> F: … falleció mi hijo. Nosotros (con la esposa) estábamos en el barrio Cornejo acostados y presentíamos algo. Y mi señora me dijo: "Algo pasó, algo pasó y no sé qué es. Algo grande pasó". Y justo apareció un vecino nuestro que era acá de Acacias… allá en Cornejo nosotros estábamos durmiendo en la plaza. Y viene y nos dijo: "Sabés, uh…", ¿cómo mierda me dijo…? "Falleció tu hijo"… Uh… y quedamos peor que duros. No podíamos caminar. "¿Quién falleció?", le preguntó (refiriéndose a la esposa). Y bueno… ahí se volvió loca mi señora. Ese día no fumamos. Lo trajeron acá (al barrio Acacias), lo vimos, no lo podíamos creer. (Tose). Y yo siempre pensé que era por esa porquería. Y ahí mi señora lo agarró y los amenazó a todos, le dijo que acá no iba a venir más, que esto y que el otro… que "ustedes lo dejaron morir" pero… estábamos muy equivocados, éramos nosotros que lo dejamos morir (Castilla y otros, 2012).

Aunque no es posible llegar a conclusiones definitivas debido al número de personas incluidas en el estudio, los casos de muerte de niños que observamos en nuestra investigación, por ser un evento muy poco frecuente, deben hacernos incluir este riesgo al considerar en qué tipo de institución se derivará al niño en el caso de familias con consumo disruptivo de PBC, para poder acompañarlas de la mejor manera posible y brindar una protección adecuada a la infancia.

Referencias bibliográficas

BADA, H. S.; DAS, A.; BAUER, C. R.; SHANKARAN, S.; LESTER, B.; WRIGHT, L. L. y otros (2002): "Gestational cocaine exposure and intrauterine growth: maternal lifestyle study". *Obstet. Gynecol.*; 100: 916-924.

BINGOL, N.; FUCH, M.; DIAZ, V.; STONE, R. K. (1987): “Teratogenicity of cocaine in humans”. *J. Pediatr.*, 110: 93-96.

BARKER, D. J.; OSMOND, C. (1986): “Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales”. *Lancet* 10(1): 1077-81.

BARKER, D. J.; MARTYN, C. N. (1992): “The maternal and fetal origins of cardiovascular disease”. *J. Epidemiol. Community Health.*, 46(1): 8-11.

BAUER, C. R.; LANGER, J. C.; SHANKARAN, S.; BADA, H. S.; LESTER, B.; WRIGHT, L. L. y otros (2005): “Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy”. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 195: 824-834.

BEHNKE, M.; SMITH, V. (2013): “Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus”. Committee on Substance Abuse and Committee on Fetus and Newborn. *Pediatrics*, 131, e1009-e1024.

CASTILLA y LORENZO (2012): *Cuadernos de Antropología Social* n.º 36: 76. FFyL-UBA. ISSN 0327-3776.

CHASNOFF, I. J.; CHISUM, G. M.; KAPLAN, W. E. (1988): Maternal cocaine use and genitourinary tract malformations. *Teratology*. 37: 201-204.

CHASNOFF, I. J.; GRIFFIN, D. R.; MAC GREGOR, S.; DIRKES, K.; BURNS, K. A. (1989): “Temporal patterns of cocaine use in pregnancy”. *JAMA*. 261: 1741-1744.

CHIRIBOGA, C. A.; KUHN, L.; WASSERMAN, G. A. (2014): “Neurobehavioral and Developmental Traiectories Associated with Level of Prenatal Cocaine Exposure”. *J. Neurol. Psychol.* 2014, nov. 2(3): 12.

DE GIOVANNI, N.; MARCHETTI, D. (2012): “Cocaine and ITS metabolites in the placenta: a systematic review of the literature”. *Reprod. Toxicol*. 33: 1-14.

GOUIN, K.; MURPHY, K.; PRAKESH, S. S. (2011): “Effect of cocaine use during pregnancy on low birth weight and preterm birth: systematic review and meta analyses”. *Am J. Obstet. Gynecol.*, 204: 340 e1–340 e12.

HUDAK, M. L.; TAN, R. C. (2012): Feb. Neonatal drug withdrawal. COMMITTEE ON DRUGS; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. *American Academy of Pediatrics*., 129(2): e540-60. doi: 10.1542/peds.2011-3212 e540- e560.

KOCHERLAKOTA, P. (2014): “Neonatal Abstinence Syndrome”. *Pediatrics*, 134 (2): e597-e561.

KUCZKOWSKI, K. M. (2007): “The effects of drug abuse on pregnancy”. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol*., 19: 578-585.

LAGASSE, L. L.; RONNESIA, B.; HENRIETTA, S. y otros (2011): “Prenatal Cocaine Exposure and Childhood Obesity at Nine Years”. *Neurotoxicol. Teratol*; 33(2): 188-197.

LESTER, B. M.; TRONICK, E. Z.; LAGASSE, L.; SEIFER, R.; BAUER, C. R.; SHANKARAN, S. y otros (2002): “The Maternal Lifestyle Study: Effects of Substance Exposure During Pregnancyon Neurodevelopmental Outcome in 1-Month-Old Infants”. *Pediatrics*. 110:1182-1192.

LITTLE, B. B.; SNELL, L. M.; KLEIN, V. R. (1989): “Cocaine abuse during pregnancy: maternal and fetal implications”. *Obstet, Gynecol*., 73:157-160.

SHANKARAN, S.; DAS, A.; BAUER, C. R. y otros (2011): “Prenatal Cocaine Exposure and Small-for-Gestational-Age Status: Effects on Growth at 6 Years of age”. *Neurotoxicol. Teratol*., 33(5): 575-581.

SHANKARAN, S.; BANN, C.; BAUER, C.; LESTER, B.; BADA, H.; DAS, A. y otros (2010): “Prenatal Cocaine Exposure and Body Mass Index and Blood Pressure at 9 Years of Age”. *J. Hypertens*., 28(6): 1166-1175.

Capítulo 10. Ambiente de cuidados y desarrollo en situación de consumo de PBC

Virginia Marichal[36]

En los últimos años se ha incrementado el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres uruguayas durante la gestación (Moraes y otros, 2014).

Existen varios estudios nacionales e internacionales que han demostrado los daños que produce el consumo de sustancias psicoactivas durante la gestación y los efectos sobre los recién nacidos que fueron expuestos, no solo por los efectos de la sustancia misma, sino también por el estilo de vida en que se ve inmersa la mujer (Moraes y otros, 2010, Singer y otros, 2004, Ackerman y otros, 2010).

En el sistema de salud pública uruguayo el hecho de que la mujer haya consumido sustancias psicoactivas durante su embarazo es un factor de ingreso para que ese recién nacido sea seguido en las unidades del Programa Serenar.

Desde el año 2006 se implementa en Uruguay un programa de Seguimiento de Recién Nacido de Riesgo psiconeurosensorial (Serenar), que depende de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) (Convenio Udelar-Cátedra de Neuropediatria-Ministerio de Salud Pública). Su finalidad es la captación, seguimiento, detección precoz y tratamiento de los recién nacidos de riesgo psiconeurosensorial, nacidos en ASSE. En los

36 Virgina Marichal: Licenciada en Fisioterapia.

objetivos del programa se establece el trabajo con el niño y su familia en prevención primaria, secundaria y terciaria. Existen 9 unidades de atención, 3 en Montevideo y 6 en el interior del país con un equipo base integrado por pediatra, neuropediatra, psicólogo y fisioterapeuta; a los que se integran, según los recursos disponibles, fonoaudiólogo y psicomotricista.

En la Unidad Serenar del Centro Hospitalario Pereira Rossell se ha observado un aumento significativo, en los últimos años de ingresos de recién nacidos siendo el único criterio de inclusión, en la mayoría de los casos, el haber estado expuesto a sustancias psicoactivas.

La cocaína atraviesa rápidamente las barreras placentarias y hematoencefálica y provoca efectos directos sobre el desarrollo del cerebro fetal, debido a alteraciones del sistema central de monoaminas y efectos indirectos a través de trastornos vasculares maternos. Los grupos celulares de monoaminas aparecen tempranamente en el desarrollo fetal y juegan un papel importante en la proliferación celular, la migración, el crecimiento, la maduración neural y la sinaptogénesis. La acción indirecta por vasoconstricción produce un descenso del flujo sanguíneo útero-placentario, con la consiguiente insuficiencia placentaria, hipertensión materna y vasoconstricción fetal. Esto conduce a un estado relativo de hipoxia fetal que es causa de abortos, partos prematuros, desprendimientos placentarios y retrasos de crecimiento con afectación específica del perímetro craneal. Estos efectos más graves dependen de la dosis, la etapa embriofetal y las drogas asociadas (alcohol, tabaco), y pueden ser reversibles o no en función de estos factores.

Casi todas las drogas pasan del torrente sanguíneo de la madre al feto a través de la placenta. Las sustancias que provocan dependencia y adicción a las drogas en la madre también pueden tener efectos nocivos en el feto. Pueden existir en el recién nacido manifestaciones clínicas de la exposición a sustancias durante el embarazo con alteración del examen neurológico.

Los síntomas generalmente pueden aparecer en las primeras 24 horas o incluso en los meses siguientes. El mayor riesgo de afección fetal está directamente relacionado con la cantidad de sustancia que fue consumida por la madre durante el embarazo, donde a mayor dosis, mayor será el efecto y las manifestaciones clínicas.

Cada bebe puede experimentar de forma diferente los síntomas y los más comunes en los recién nacidos son los siguientes:

- Motilidad espontánea alterada: temblores, tono muscular rígido, reflejos vivos, movimientos desorganizados y por lo general aumentados.
- Irritabilidad (exceso de llanto, dificultad en autoconsuelo).

- Hiperexitabilidad.
- Ritmos de sueño y alimentación alterados.

A muchos de estos niños se les suma la condición de nacer en sectores sociales muy vulnerables, donde una de las consecuencias es no permanecer al cuidado materno, ya que el entorno se encuentra en condiciones económicas, sociales y culturales desfavorables no compatibles con la crianza de un recién nacido. Los niños son entregados al cuidado de familiares, a instituciones de amparo o a hogares sustitutos.

En el Uruguay existe un organismo de gobierno que se encarga de la ejecución de las políticas públicas en relación a la infancia, la adolescencia y la familia, que se denomina Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). Su misión es la de generar políticas destinadas a promover, proteger o restituir los derechos de niños, niñas y adolescentes articulados en un sistema nacional de infancia en el marco de la doctrina de la protección integral.

Cuando debe intervenir el Poder Judicial las posibles soluciones pueden ser que el recién nacido vaya al hogar parental al cuidados de sus padres biológicos, que dada la situación de vulnerabilidad el cuidado del recién nacido sea compartido por los familiares directos (abuelos, tíos), en conjunto con la madre. En otros casos ocurre que inmediatamente después del parto la madre no logra sostener el cuidado de su hijo sin contar con redes de apoyo familiares adecuadas y se retira del centro hospitalario sin el recién nacido, que queda al cuidado transitorio del equipo de salud hasta que el Poder Judicial a través del Juzgado de Familia Especializado arbitre las medidas necesarias para salvaguardar los derechos del niño. En estos casos el sistema judicial tratará de contactar con familiares biológicos del recién nacido para que el crecimiento del niño se realice dentro del entorno familiar. Si de lo contrario no existe red familiar con la capacidad de hacerse cargo de los cuidados del recién nacido, este pasa a la órbita institucional.

Dentro de Montevideo la división que se encarga del ingreso de los niños a la institución es el Centro de Estudio y Derivación.

Actualmente está dividido en 2 espacios según la franja etaria:

- El Proyecto Maitei, que atiende niños de 0 a 7 años.
- El Proyecto Tribal, que atiende niños de 7 a 18 años.

En el caso de los bebes, una vez que se cuenta con el informe social, el alta médica y la resolución judicial que pasa al INAU, dichos informes se envían al Maitei y desde ahí, dependiendo de la situación sociofamiliar del niño, se busca el lugar más apropiado a la realidad de salud y familiar para su derivación.

Estos pueden ser:

- Cuidadoras de breve estadía de Maitei: espacios familiares.
- CEVIP (Centro de Evaluación e Ingreso de Preescolares): este lugar tiene un espacio de permanencia en el centro y un equipo de cuidadoras de mediana estadía, que también son espacios familiares. Además está incorporado el trabajo de búsqueda, captación y monitoreo de familia de cuidados transitorios (por lo general estas familias tienen un vínculo previo que los une al niño, sin considerarse una adopción y sin perder de vista la transitoriedad de esta situación).
- Kuarai: espacio institucional con posibilidades de acompañamiento materno infantil.
- Anden: funcionamiento igual que Kuarai.
- El Hogar del Bebé: este es un espacio institucional de atención de 24 horas. Por lo general los niños que se encuentran en esta institución no tienen vínculo familiar alguno y están en espera para adopción.

En el caso de los recién nacidos con situaciones de salud comprometida existen 3 instituciones de amparo:

- El Espacio Prado (estatal).
- Cotolengo Don Odrione (ONG).
- Escuela Horizonte (ONG).

Todos son espacios especializados para atención de niños con requerimientos especiales de salud.

Si la madre es menor de edad, con consumo de sustancias psicoactivas en tratamiento de rehabilitación, el juez puede resolver el ingreso a un espacio materno-infantil con alojamiento conjunto llamado Amatista.

Tanto CEVIP como Maitei cuentan, desde octubre del 2012, con un equipo técnico ampliado proporcionado por Unicef. Este apoyo se da en el marco de la nueva modificación en el Código de la Niñez y la Adolescencia que establece en 45 días el plazo para dar respuesta a las situaciones de los niños con posibilidades de pasar en adopción.

Los niños que llegan a nuestro seguimiento son niños que tienen algunas de estas realidades, siendo estas situaciones muy dinámicas y cambiantes que en algunos casos resulta positiva para el niño (adopción, retorno familiar adecuado,) y en otras perjudiciales (entrada y salida del sistema de atención de 24 hs en reiteradas oportunidades).

10.1. Desarrollo psicomotor del niño

El desarrollo psicomotor es un fenómeno cualitativo que se expresa tanto en lo corporal como en lo cognitivo y emocional, además de ser la forma natural de ir adquiriendo habilidades durante la infancia. Esta secuencia del desarrollo es igual para todos los niños, sin embargo, varía el ritmo con que cada niño logra las distintas etapas. El desarrollo psicomotor, o la progresiva adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del sistema nervioso central. La proliferación de las dendritas y la mielinización de los axones son las responsables fisiológicas de los progresos observados en el niño. Aun en el útero el niño no solo chupa su pulgar, sino que ejerce presión contra la pared uterina y contra las partes de su propio cuerpo, proporcionándose retroalimentación propioceptiva y táctil. Luego del nacimiento continúa tocando y explorando su cuerpo. De esta forma, tocándose y moviéndose el niño desarrolla, según Piaget (Piaget y otros, 1982), una sensación de sí mismo como entidad separada de su medio, un conocimiento de sí mismo basado en sensaciones visuales, auditivas, táctiles y propioceptivas . De este intercambio de acción y reacción surge el horizonte intelectual y psíquico del niño. Esta maduración del sistema nervioso central tiene un orden preestablecido. El desarrollo tiene una secuencia clara, progresiva y para alcanzar nuevas etapas se deben lograr las anteriores, y predecible dado que el progreso del desarrollo de habilidades es en sentido céfalo-caudal y desde el sector proximal al distal. Este patrón es claro y se han definido hitos básicos, fáciles de medir, que nos permiten saber cuándo un niño va progresando correctamente. Esta maduración requiere que el niño esté provisto de un ambiente adecuado.

10.2. Características del desarrollo psicomotor en el primer año de vida

Se puede decir que el neurodesarrollo es el mecanismo a través del cual se organiza el sistema nervioso como un sistema de relación. El sistema nervioso no es pasivo, interactúa intrínsecamente, genera diferentes variables: atención, intencionalidad, emoción, pensamiento, memoria, lenguaje, socialización y control motor para responder a las demandas del medio. En el momento de la concepción, el ser humano es un proyecto a desarrollar en el que se producen una amplia serie de procesos que culminan en la construcción de una compleja estructura: el sistema nervioso, gracias al cual podemos comunicarnos y relacionarnos con nuestro entorno.

La rapidez con que se instala el desarrollo físico, cognitivo y emocional durante los primeros años de vida no es comparable con ningún otro estadio

de la vida. Las habilidades que el niño adquiere durante su desarrollo influyen en sus futuras capacidades para enfrentar la vida adulta. Durante el primer semestre de vida del niño desarrolla el esquema corporal a través de la exploración del cuerpo y del movimiento en el espacio. El progresivo aumento del control postural del tronco, cabeza y posteriormente las extremidades, le servirá para moverse y conocer el entorno que lo rodea, para dirigir la mirada, manipular objetos y producir los primeros sonidos y gestos. Surgirá la intencionalidad y la anticipación de acciones que le servirán para comprender cada vez más lo que ocurre a su alrededor y explorar el mundo que lo rodea. Descubrirá las habilidades básicas de imitación que le serán muy útiles para la comunicación. Llegará al segundo semestre ávido por conquistar el mundo, ya lo experimentó en posiciones bajas y ahora lo repetirá en posturas más altas, con mayor iniciativa por moverse y para interactuar con juguetes o personas. Una vez más se entremezclan la motivación y el aprendizaje motor generando un ida y vuelta que lo potencia día a día.

10.3. Deprivación ambiental

La institucionalización se describe como la condición en que los niños viven en hogares u hospitales. Es sabido, por diversos estudios, que esta condición está asociada a retraso en el desarrollo y problemas de conducta. Esto se debe a que muchas veces estos lugares carecen de oportunidades de movimiento o de juego, y poseen una pobre estimulación, insuficiente para lograr un desarrollo pleno, generando en estos niños retraso psicomotor, problemas de integración sensorial y conductas sociales limitadas. Estudios internacionales han reportado que la institucionalización puede contribuir a problemas de sueño, retraso en el desarrollo del lenguaje, falta de concentración y a la delincuencia. Desde hace ya bastante tiempo se comenzó a explorar el proceso a través del cual los resultados del desarrollo podían ser afectados por el ambiente de crianza.

Muchos investigadores comenzaron a estudiar las consecuencias adversas de la deprivación ambiental en las relaciones humanas tempranas. Guiados por un marco psicoanalítico, estos estudios primero se focalizaron en los efectos de la institucionalización sobre el desarrollo cognitivo y socioemocional de los niños y documentaron el impacto destructivo sobre el desarrollo del aislamiento sostenido y la subestimulación típicos en la vida de los orfanatos, hospitales con poco personal y otros espacios institucionales. Las características de este síndrome que Spitz (Splitz, 1945) caracterizó como “hospitalismo” incluían retardo en el crecimiento, relaciones sociales

mal adaptadas y problemas de salud relacionados en niños pequeños y sin anomalías de otro tipo.

Estos temas se han estudiado en forma continua a lo largo del siglo XX. En Uruguay existe un grupo de niños que crecen en casas de amparo que podrían tener limitaciones institucionales para brindar la estimulación que necesitan, principalmente porque son los padres quienes la proporcionan y tanto los cuidadores como los espacios deben ser compartidos en este tipo de lugares. Esta carencia da como resultado un desarrollo psicomotor insuficiente. Por ello los niños institucionalizados exhiben retrasos en el desarrollo motor, en las destrezas sociales, en el desarrollo del lenguaje y en el descubrimiento de su propio cuerpo. Estos hogares, en algunas oportunidades, no poseen las oportunidades de crecimiento y progreso que otorga la vida familiar. Así, estos niños se ven expuestos a una deprivación de estímulos que podría determinar alteraciones en su desarrollo posterior.

10.4. Importancia del desarrollo motor a los 9 meses

En el tercer trimestre de vida la influencia del entorno es un factor determinante en el desarrollo del bebe. Esto se refleja porque a partir de los 6 meses de nacido en adelante las variaciones en la forma y el grado de algunos procesos son mayores que en las etapas anteriores. Esta es la gran etapa del movimiento y de las posiciones, el bebe empieza a entender la relación de su cuerpo en el espacio, comienza con una explosión del movimiento, exploración del ambiente, curiosidad y peligro. Utiliza todos los recursos y aprendizajes previos para lograr esta variabilidad de actividades, acciones y repetición de movimientos finos y gruesos, en función de conocer el ambiente, tocarlo y vivirlo.

Este período es el momento en que el bebe comienza a moverse dentro del medio y comienza a conocer el medio ambiente; antes el medio venía hacia él, ahora él va hacia el medio, ya que posee muchas habilidades motoras para explorarlo. Es una edad de exploración activa tanto en su aspecto sensitivo como espacial.

El aprendizaje por “experimentación activa” trae aparejada, como consecuencia, la “especialización” de las series causales relativas a la acción del propio cuerpo sobre las cosas, es decir que el bebe descubre la necesidad de los contactos para que los efectos sucedan, y de los intermediarios entre él y los objetos (Piaget y otros, 1969). Esto tiene mucha influencia en la intencionalidad comunicativa. En esta etapa el desarrollo del niño se expande de la exploración de objetos de una forma semiestática en sentado, a una activa exploración en el espacio por medio de los primeros desplazamientos

autónomos, como ser el arrastre, reptar, el gateo con todas sus variantes. Aumenta la organización y diferenciación en el comportamiento y esto se ve en las diferencias cuantitativas y cualitativas que ocurren en las áreas motoras, lenguaje, cognitiva y sociales. De esta manera se facilita la planificación de las habilidades motoras básicas, el desarrollo de los elementos de las praxias que comienzan a desarrollarse, el lenguaje y el desarrollo socioemocional.

El bebe debe estar en un ambiente protegido y facilitador de todos estos procesos de aprendizaje, para lograr potenciar esta etapa que es fundamental para la adquisición de los prerrequisitos fundamentales para la autonomía motora al final del primer año de vida.

El desarrollo normal de un niño en el aspecto físico, mental, emocional y social depende en su totalidad de su capacidad para moverse a través del espacio.

10.5. Resultados de investigación en neurodesarrollo durante el primer año de vida en niños expuestos a PBC durante la gestación

En el marco de una investigación, realizada en el año 2013 bajo el objetivo de observar y comparar el neurodesarrollo en el primer año de vida en relación a su situación de crianza, se caracterizó una muestra de recién nacidos hijos de mujeres que declararon consumo de PBC durante la gestación.

Durante el período estudiado ingresaron al Programa Serenar un total de 348 recién nacidos que cumplían con los criterios de ingreso de dicho programa, de los cuales fueron seleccionados 60 niños (18 %) que tenían como criterio de ingreso el haber estado expuesto a PBC en algún momento de su gestación. En este grupo de 60 recién nacidos, 51 recién nacidos (85 %) nacieron a término, ya que habían cumplido más de 37 semanas de gestación en el momento del nacimiento, y 9 recién nacidos (15%) se clasifican como pretérmino, ya que nacieron antes de tener 37 semanas de gestación cumplidas.

La mayoría de los niños de este estudio (56 %) fueron abandonados desde su nacimiento y pasaron a la órbita del INAU. Un 37 % permanecieron en hogares monoparentales, generalmente a cargo de la madre con el apoyo de un familiar directo (tías, abuelas), pero en situación de alta vulnerabilidad convirtiéndolo en un niño de alto riesgo social. De todo este grupo de estudio conformado por una muestra de recién nacidos en cuyas madres se detectó un elevado, frecuente y prolongado consumo de PBC, solo el 7 % permaneció en su hogar de origen, constituido por madre y padre.

Con respecto el examen neurológico realizado en los primeros 3 meses de vida, el 63 % presentaban alteraciones, destacándose que en los 3 grupos a los cuales nos referimos anteriormente se mantenía esta misma relación de alteración en el 63 % de los niños con respecto al examen normal. Cuando nos referimos a los tres grupos es en relación a quien brinda el cuidado del recién nacido, debido a que nos parece importante destacar, sin ser reiterativos, que el grupo de mujeres incluidas en el estudio pertenece en todos los casos a consumidoras de elevadas dosis de PBC por cantidad y frecuencia y con una historia de consumo prolongado en el tiempo.

La alteraciones clínicas más frecuentes encontradas son las que se agrupan bajo el concepto de síndrome de hiperexcitabilidad del recién nacido. Con respecto a la motilidad espontánea en el examen inicial, en los 3 grupos se vio que la alteración más común fue la desorganización motora. Este estilo de comportamiento motor se caracteriza por movimientos rápidos, de corto rango, en bloque y que generalmente producen displacer en el niño. Estas manifestaciones clínicas en la mayoría de los casos fueron transitorias y se observó la disminución de su severidad a lo largo del primer año de vida, hasta su desaparición.

A diferencia de los opiáceos, la exposición prenatal a la PBC no manifiesta un síndrome de abstinencia típico. Diferentes estudios demuestran que en los casos de exposición durante la gestación a dosis elevadas de cocaína se observan alteraciones del tono, de la postura y un estado de hiperexcitabilidad (Tronick y otros, 1996; Dlaney-Black y otros, 1998; Chiriboga y otros, 1999; Morrow y otros, 2001).

Sin dudas el ambiente de crianza puede perpetuar o modificar estas manifestaciones y no deben minimizarse sus efectos. Ambiente y efectos biológicos de las sustancias se intrincan y puede ser estéril, en el caso clínico particular, diferenciar sus efectos. Una aproximación clínica integradora logrará los mejores resultados en el tratamiento de estas familias.

Es significativo, además, el alto porcentaje de niños que presentó motilidad espontánea pobre en el grupo institucionalizado, lo que muestra la relación estrecha que existe entre esta conducta motora y el medio ambiente. Desde los primeros meses el bebe necesita de un ambiente enriquecido y contenedor con el cual interactuar y producir comportamientos cada vez más adaptativos y sofisticados. En ambientes privados de acciones personalizadas es muy difícil para el bebe procesar la enorme cantidad de estímulos frente a los cuales se ve expuesto y que necesita que sean modulados, filtrados, amortiguados por alguien; ese es el rol de la madre, el padre o un cuidador de referencia con capacidades adecuadas para la crianza.

El tono muscular tiene un comportamiento muy similar a la motilidad espontánea y está muy relacionado con ella, ya que genera la calidad del movimiento. En los 3 grupos la característica más observada fue el aumento del tono. En los recién nacidos que fueron institucionalizados se observó aumento del tono o hipertonía en un 45 %. En los casos que permanecieron en hogares monoparentales la hipertonía estuvo presente en un 59 % de los niños, mientras que aquellos que permanecieron al cuidado de sus padres biológicos en un 50 %. Como puede observarse, la diferencia no es estadísticamente significativa. De 30 niños que presentaron aumento de tono muscular 29 se comportaron como transitorios y se normalizaron antes de los 6 meses. Solo 1 niño mantuvo esta característica luego del año de edad, que se interpretó como signo precoz de enfermedad motora de origen central o parálisis cerebral no vinculada al consumo de PBC.

Varios investigadores han reparado en la hipertonía como un signo importante cuando los niños estuvieron expuestos a cocaína durante la gestación. En estos estudios el derivado de cocaína consumido por las mujeres fue clorhidrato de cocaína o crack. Este es el primer estudio que realiza un seguimiento longitudinal de los recién nacidos expuestos a dosis elevadas de PBC. Los componentes más importantes de la PBC son los alcaloides de cocaína y sus efectos parecen tener relación según resultados similares de otros grupos de investigación a los derivados de cocaína, por la concordancia de sus efectos con los reportados en el presente estudio.

Estudios actuales (Chiriboga y otros, 2014) destacan la alta frecuencia de hipertonía en los recién nacidos expuestos a elevadas dosis de cocaína durante la gestación. Al igual que los resultados de la presente investigación, en la que los autores observan una disminución de su incidencia con el transcurso de los primeros 2 años de vida. Tanto la incidencia de la hipertonía como la velocidad en la que desaparece dependen de la dosis de exposición durante la gestación. A mayor dosis mayor incidencia y menor tiempo en desaparecer la hipertonía. En el caso de exposición a dosis elevadas, la hipertonía desaparece 2.2 veces más rápido que con menores dosis.

Las alteraciones del desarrollo están íntimamente relacionadas con la presencia de microcefalia o disminución de la circunferencia cefálica. Estas alteraciones volverán a analizarse en otra sección de la presente obra, pero es importante analizar esta asociación. Tomando como ejemplo las alteraciones del lenguaje, estas se hacen claramente evidentes a los 24 meses de edad. Reflejan la deprivación de los estímulos ambientales para su desarrollo y no solamente efectos biológicos de la sustancia (Singer y otros, 2001; Morrow y otros, 2004; Lewis y otros, 2004).

Las investigaciones de Chiriboga demuestran los efectos del consumo sobre la trayectoria individual del desarrollo de cada individuo. Al comparar dos poblaciones en un solo punto del desarrollo no observa diferencias en múltiples estudios (Mayes y otros, 2003). Al estudiar dos poblaciones expuestas y no expuestas a cocaína a los 24 meses observa que el desarrollo declina a los 24 meses, pero que no es diferente si se toman en cuenta factores ambientales. Observa asociación entre el peso al nacer y la edad gestacional con el desarrollo a los dos años. Sostiene que los resultados se deben a los efectos de la cocaína sobre los vasos de la placenta.

La cocaína tiene efectos vasoconstrictores (Miller-Loncar y otros, 2005) que determinan un menor crecimiento fetal, lo que determina en el futuro un peor desarrollo según los autores. En el presente estudio identificamos estos efectos al comparar tres poblaciones. La media de peso al nacer en los recién nacidos no expuestos a PBC fue de 3274 gramos; en los casos que solo se identificó la exposición en el meconio del recién nacido la media de peso al nacer fue de 3071 gramos y en el caso que el consumo fue identificado por el equipo de salud la media de peso al nacer fue casi 600 gramos menos, 2602 gramos. Como comentamos en otras secciones, la población identificada por el equipo de salud es la de mayor vulnerabilidad y que tiene un consumo más elevado.

Se demostró en varias investigaciones el efecto de la cocaína sobre el crecimiento fetal (Chiriboga y otros, 1999; Zuckerman y otros, 1989; Shankaran y otros, 2004). Los efectos sobre el crecimiento desaparecen a los 6 meses de vida. Aunque existen autores que proponen que los efectos sobre el desarrollo se deben exclusivamente a factores ambientales tanto intra como extrauterinos, los resultados de Chiriboga (Chiriboga y otros, 2014) van en dirección contraria. Como la relación del desarrollo con la microcefalia a los 6 meses (y no al nacimiento) es consistente en este estudio, deben existir también efectos biológicos de la sustancia. Los efectos de la cocaína sobre el crecimiento fetal por intermedio de las alteraciones placentarias pueden explicar las alteraciones de la circunferencia del cráneo al nacimiento. Los hallazgos de nuestros estudios específicamente sobre el consumo de PBC demuestran efectos sobre la circunferencia del cráneo al nacer.

Al considerar la media de circunferencia del cráneo al nacer en recién nacidos no expuestos a PBC de 34.01 cm se observa una diferencia significativa con las mujeres identificadas por la presencia de derivados de cocaína en el meconio de sus hijos, con una media de 33.74 cm. Pero al observar la media de circunferencia del cráneo en los fetos expuestos a elevadas dosis, esta es 2 cm menor, de 31.96 cm. Menor circunferencia del cráneo identifica a recién

nacidos con menor capital neuronal. Estudios en animales demuestran efectos de cocaína sobre la proliferación neuronal (Lee y otros, 2008), disgenesia cerebral (Gressens y otros, 1992), disminución de neuronas en la corteza cerebral (Ren y otros, 2004) y menor volumen cerebral (Lee y otros, 2011).

La alteración de los ritmos de sueño y la alimentación es otro de los síntomas más característicos que se observa en los niños expuestos a sustancias psicoactivas. El bebe normalmente sigue el ritmo del horario de la alimentación; cuando la alimentación se desorganiza, la consecuencia más inmediata es la desorganización del sueño. Es necesario que el bebe madure el patrón nocturno del sueño hacia los 4 a 6 meses para evitar la irritabilidad durante los períodos de vigilia y para favorecer la organización y maduración del sistema nervioso.

Generalmente las instituciones de amparo se manejan con rutinas muy rígidas y generales para todos los bebes, que distan mucho de ser contenedoras y reguladoras del sueño, como por ejemplo: mantener luces prendidas durante la noche, movimientos de las cunas según la necesidad del cuidador, cambios de ambientes, de objetos y de personas de referencia.

En esta muestra se observó que el 72 % de los bebes institucionalizados presentaron alteración en los ritmos, en el 68 % de los que estaban en hogares monoparentales y en el 25 % de los que estaban al cuidado de madre y padre.

Ser capaz de dormir bien es un hito importante para el desarrollo psicomotor, que depende de factores genéticos, constitucionales y madurativos, sobre los que el ambiente ejerce un factor modulador. En el lactante el ambiente está representado por los hábitos de alimentación y las rutinas.

Al estudiar la variable del comportamiento motor a los 9 meses comenzamos a notar una diferencia muy significativa con respecto a los niños que se encuentran institucionalizados y los que no. Quizás es en esta observación donde podemos notar más claramente la influencia del ambiente y del contexto de crianza. En los niños institucionalizados, el 60 % presentó un comportamiento motor descendido para su edad, en los de hogares monoparentales un 27 % y en los de hogares constituidos un 25 %. Cabe destacar que en este momento comienza a influir en la muestra el nivel de abandono del seguimiento, los niños institucionalizados y los que están en hogares constituidos tienen un porcentaje muy pequeño de abandono, a diferencia de los que están en hogares monoparentales, que presentan un 45 % de abandono del seguimiento a esta edad.

Con respecto a la evaluación clínica del área de comunicación y lenguaje realizada al año de vida podemos hacer la misma interpretación que con el comportamiento motor. Los niños institucionalizados tenían un porcentaje de 69 % del área de comunicación y lenguaje descendida y en los que se

encontraban en hogares monoparentales o al cuidado de su padre y de su madre este porcentaje era de un 50 %.

Sin dudas esta es el área del desarrollo, junto con la social adaptativa, que más afectada se ve en estos niños, ya que tiene mucha relación con el entorno en donde crece para su completo desarrollo.

Queda demostrado en este estudio que la población estudiada pertenece a un grupo de gran vulnerabilidad biopsicosocial, en la que las carencias sociales, económicas y culturales juegan un papel preponderante.

Con respecto a la situación de consumo podemos decir que los niños expuestos durante la gestación y el período prenatal a sustancias psicoactivas presentan mayor riesgo de padecer alteraciones en su neurodesarrollo. Las alteraciones en el caso de un consumo elevado podrían relacionarse a efectos de la sustancia, pero están mediadas por los factores ambientales asociados, el policonsumo, principalmente el alcohol, y la comorbilidad biopsicosocial materna, que son tan perjudiciales como la sustancia en sí misma.

Los niños institucionalizados si bien tienen como fortaleza el hecho de mantener el seguimiento del programa por la situación de amparo que les proporciona el INAU, son claramente más vulnerables a padecer retrasos en todas las áreas del desarrollo, principalmente el área motora, comunicación y lenguaje y personal social. Es preciso realizar una diferencia entre las modalidades que presenta el INAU para la acogida de un bebe, en los hogares con madres sustitutas y familias transitorias. Hemos comprobado que el funcionamiento y el comportamiento, principalmente en el área personal social del niño, son mejores.

El nivel de abandono del seguimiento es muy alto, estando en estrecha relación con la vulnerabilidad de esta población, siendo los niños que se encuentran en hogares monoparentales los de mayor índice de abandono, ya que por lo general son hogares disfuncionales, con muchos integrantes y poco compatibles con las rutinas y cuidados que un bebe requiere. Es necesario mantener el seguimiento de estos niños hasta la edad escolar, ya que está comprobado que pueden presentar diferentes alteraciones neuropsicológicas en ese período del desarrollo; destacándose la repercusión a nivel del comportamiento, así como alteración en las funciones ejecutivas (trastornos de atención, hiperactividad, problemas de conducta), que provocarían alteraciones del aprendizaje y del comportamiento social a largo plazo.

La investigación y la experiencia clínica han demostrado que los potenciales de crecimiento, de desarrollo y de la conducta están afectados por el medio en el cual el niño vive. El niño y el medio ambiente interactúan y se modifican mutuamente a lo largo del tiempo. Cuanto más contenedor y

apropiadamente estimulante sea el medio ambiente y más competente el niño, mayores serán las posibilidades de lograr un desarrollo y una conducta óptimos.

Las probabilidades de anormalidades aumentan cuando coinciden un niño vulnerable y un medio inadecuado. Esto implica correlacionar continuamente riesgo biológico y ambiental.

Cada niño merece un medio ambiente que responda a sus necesidades individuales y que pueda cambiar a medida que él va cambiando.

El grupo de estudio pone especial énfasis en diferenciar las poblaciones de consumo de PBC, como se describe en varias secciones de la obra. Refiriéndonos específicamente al caso de recién nacido de alta vulnerabilidad de mujeres que consumieron PBC en el embarazo, el cual fue identificado el problema de consumo de sustancias por el equipo de salud, dadas las características personales de la mujer o la alta vulnerabilidad es casi siempre un lactante con problemas: irritable, dificultades en el autoconsuelo, alteraciones en la alimentación, posibles patologías por su prematuridad e infecciones de transmisión vertical. La madre suele estar ansiosa por su propio síndrome de abstinencia o presentar patologías infecciosas graves, cuenta con poco apoyo familiar y social y está sometida a una gran tensión por los cuidados extras que requiere el bebé.

Los cambios de destino de estos recién nacidos son frecuentes y a los dos años, aproximadamente, es muy elevado el porcentaje de ellos que están tutelados, adoptados o que viven con los abuelos.

10.6. Importancia de la intervención del fisioterapeuta en la atención de recién nacidos expuestos a PBC

Por todo lo expresado anteriormente podemos afirmar que el niño expuesto a sustancias psicoactivas se encuentra bajo el grupo de recién nacidos considerados de alto riesgo de padecer alteraciones en su neurodesarrollo. Entendiendo por *niño de riesgo neurológico* aquel recién nacido “normal” que por sus antecedentes prenatales, perinatales o posnatales tiene mayor probabilidad estadística de presentar déficit neurológico: motor, sensorial o cognitivo.

Debemos entonces introducirnos en el concepto de *intervención temprana*, donde encontramos que:

> (...) el campo de acción incluye al niño y a su familia y se ocupa de estimular su desarrollo, cuidar y sostener la interacción recíproca, promover procesos cognitivos y aprendizajes; asistir a niños nacidos con alteraciones genéticas, neuronales, orgánicas, psicodinámicas u otras, así como aquellos para quienes dormir, alimentarse o mantener un estado saludable, no es posible. (Torres Di Giano y otros, 1996).

Personalmente, y a partir de mi experiencia, entiendo la intervención temprana como el accionar en procura de lograr una mejor calidad de vida en los niños menores de 3 años, que por una u otra causa necesitan el acompañamiento de un equipo que incluye a profesionales, familia y toda persona de su entorno.

El fisioterapeuta pediátrico, como conocedor del desarrollo psicomotor y sensorial del recién nacido, tiene mucho que aportar en el área de trabajo de la neonatología. Su función es ayudar al niño a madurar las funciones básicas, entre las que se encuentran la deglución, la respiración, el tono muscular, los movimientos, entre otras. También realiza el tratamiento específico de las patologías motoras que presente el niño y orienta a los padres sobre estimulación, posturas, posicionamiento, sostén, contacto. Sabemos que la valoración del desarrollo motor proporciona una valiosa información para seguir la evolución habitual de los niños y para detectar precozmente a los que se apartan de lo que se considera desarrollo normal.

La experiencia nos muestra que el grado de retraso puede ser reducido mediante una detección y un tratamiento tempranos. Discapacidades tales como parálisis cerebral y la mayoría de las discapacidades sensoriales y mentales se vuelven evidentes durante el primer año de vida, mientras que los daños cerebrales motores mínimos, el retardo mental leve y los problemas de la percepción (lo que podría llevar a dificultades en el aprendizaje) se manifiestan en las etapas del jardín y la etapa escolar. No hay una etapa específica en el curso del desarrollo del niño en que sea posible detectar todas las diferentes discapacidades, por eso es necesario un programa de seguimiento hasta el inicio de la edad escolar.

El fisioterapeuta debe observar señales tempranas de alerta, tales como, por ejemplo, en el segundo semestre una postura asimétrica, puños cerrados, movimientos pobres, rigidez cuando es alimentado, dificultad para bañarse, succionar o tragar, por nombrar algunas.

El tratamiento temprano comienza cuando hay una dominancia de patrones anormales. La postura anormal y los patrones anormales de movimiento bloquean el desarrollo de las reacciones de enderezamiento, que dan la experiencia sensorio-motriz del control de la cabeza y el tronco, necesario para el desarrollo futuro del equilibrio. La terapia consiste en técnicas de manejo mediantes la cuales los patrones anormales se inhiben, de tal manera que dan lugar a la liberación de las reacciones de enderezamiento. Estas experiencias sensorio-motoras básicas son dadas de la manera más natural posible y el éxito depende del arte de cada terapeuta y de la empatía que logre con el bebé y su familia.

Dentro de los niños de riesgo un capítulo aparte merecen los recién nacidos pretérminos. Los neonatos expuestos a sustancias psicoactivas tienen amplias posibilidades de nacer antes de tiempo, por el riesgo que presentan de padecer desprendimientos de placenta, entre otras complicaciones que les puede ocasionar el hecho de que su madre consuma drogas durante su gestación. Son contadas las situaciones en las que resulta tan necesario el trabajo del equipo en forma tan cercana y estrecha como en los casos de prematuridad, ya que esta situación coloca al bebé en riesgo de derivar en una diversidad de situaciones que van desde la normalidad hasta la parálisis cerebral, pasando por los trastornos generalizados del desarrollo u otros trastornos del espectro autista, los déficit de atención o los déficit del procesamiento sensorial, solamente por mencionar aquellos de mayor incidencia. En todos los casos que se alejan de la normalidad vemos patologías del tipo multisistémico.

La maduración de los músculos se ve alterada en el nacimiento prematuro. Los músculos están preparados para madurar en un medio líquido hasta las 40 semanas de edad gestacional. Si un niño nace antes, su musculatura debe soportar toda la acción de la fuerza de la gravedad cuando todavía no están preparados para ello, y esto condiciona una peculiar diferenciación de las miofibrillas. Por otra parte, al finalizar la gestación de forma anticipada no se adquiere la flexión fisiológica máxima que se produce al final de la gestación y, además, generalmente al niño prematuro se le suele colocar en posición de extensión sobre la superficie de la incubadora para realizar las maniobras necesarias durante su período crítico. De esta forma se interrumpe bruscamente la posición de flexión que es en la que naturalmente se encuentra el feto y que es tan importante para la organización y maduración del sistema nervioso. Es necesario entrenar al personal de salud y a los padres en cuanto al manejo de ese recién nacido, tratando de mantenerlo en posiciones lo más parecidas posibles a las que tenía dentro del útero materno, así como también en cuanto al control de estímulos, luces, sonidos, movimiento, etc. Debemos recordar que al niño prematuro hay que estimularlo en calidad y no en cantidad.

Estos dos aspectos, mencionados anteriormente, se cree que son los responsables del aumento de tono que se encuentra de forma transitoria en casi el 50 % de los niños nacidos con menos de 32 semanas de gestación. Este hallazgo clínico, denominado *hipertonía transitoria*, merece una atención especial y un seguimiento cercano. Sabemos que la hipertonía suele ser el primer signo de la parálisis cerebral del prematuro, pero la hipertonía transitoria tiene ciertas características que pueden ayudar a identificarla y diferenciarla. Suele aparecer alrededor de los 3 meses de edad corregida, progresa céfalo-caudalmente, se manifiesta en el inicio como una retracción escapular y

posteriormente va descendiendo hasta afectar a los miembros inferiores, no produce retracciones, ni presenta asimetrías, ni retrasa la adquisición de conductas motoras en la mayoría de los casos, desaparece antes de los 18 meses de edad y es corregida sin repercusión para el niño.

Como podemos ver, los objetivos de la fisioterapia en el área de la neonatología varían en función de cada recién nacido, pero podemos resaltar como objetivos generales los siguientes:

- Promover un enfoque de intervención basado en las necesidades específicas de cada bebe y su familia.
- Optimizar los cuidados para intentar disminuir el impacto del riesgo de secuelas a corto y largo plazo.
- Colaborar con la familia en los preparativos para el alta hospitalaria, sobre todo en los bebes que requerirán cuidados especiales, así como también entrenar e involucrar a la familia para la participación activa en el plan de estimulación temprana a implementar.
- Promover una relación estrecha y confiada entre la familia y el equipo de salud responsable de continuar el seguimiento postalta hospitalaria (en nuestro sistema de salud pública Unidades Serenar), a los efectos de minimizar el abandono en los programas de seguimiento.

Dentro de los objetivos específicos podemos resaltar:

Mantener una respiración estable: los programas de abordajes neonatales se basan fundamentalmente en la observación y la comprensión del comportamiento del recién nacido, para poder responder adecuadamente a sus necesidades. Un signo de buena organización de ese bebe se refleja por medio de la observación de una respiración regular, sin pausas respiratorias. El aumento o descenso de la frecuencia respiratoria es un signo que indica estrés que debemos atender; se debe proporcionar una ambiente físico adecuado.

Posicionamiento, adquirir la alineación postural: el posicionamiento se basa en 4 conceptos claves que nacen de las características de la postura de la vida intrauterina: flexión, línea media, contención y comodidad. El bebe de alto riesgo que es sometido a cuidados en una unidad de tratamiento intensivo pierde inmediatamente las ayudas externas que hubiese tenido en condiciones de nacimiento normal (flexión, contención, orientación de la línea media y la comodidad). La falta de todas estas condiciones, que son la base para el desarrollo postural normal, son las que van a provocar desbalances de la acción muscular y deformidades musculo-esqueléticas. Debemos entrenar a los padres y al personal de salud en la necesidad de mantener por más tiempo

los conceptos de un buen posicionamiento y el cambio de postura en cada control. Usar la mayor parte del tiempo la posición flexora, se puede facilitar la acción con nidos, soportes o a través de envolturas en flexión con telas suaves y flexibles, tanto en su cuna como en brazos, favorecer las manos cerca de la línea media y de la boca, y favorecer los cambios de decúbitos, uso de los decúbitos laterales y el prono (en vigilia). Supino: cabeza en línea media (evitar flexión o extensión excesiva de cuello). Promover la flexión de extremidades superiores hacia línea media y sobre tronco. Las caderas y rodillas en posición hacia la flexión con los pies dentro de los bordes del nido. Prono: al igual que en supino es importante fomentar la extremidades hacia la flexión. Alternar la posición de la cabeza entre los lados derecho e izquierdo. Laterales: mantener la postura en flexión evitando el arqueamiento del cuerpo con hiperextensión del cuello, alternar hemicuerpo derecho e izquierdo, favorecer contacto mano-mano, mano-boca y mano-cara.

Facilitar la aparición de patrones de movimientos funcionales: las posiciones en que predomina la flexión demandan un menor esfuerzo de termorregulación al dejar menor superficie corporal expuesta a la pérdida de calor, así como también provee un punto de inicio para que el movimiento sea más cómodo y de menor esfuerzo, favoreciendo el inicio de los patrones de movimiento funcional: contacto mano-boca, mano-mano, mano-cuerpo. Durante la manipulación brindarle contención mientras se lo cambia de pañales, se lo baña o se le da los cuidados de enfermería en la internación, graduar el tacto, proveer apoyo y sostén de tronco superior y cabeza. El mantener la cabeza sin soporte genera mucho displacer en el bebe y una respuesta de llanto e irritabilidad que debemos evitar.

Prevenir deformidades musculo-esqueléticas: las deformidades más comunes que se observan cuando no se cumple con el posicionamiento son: asimetrías cefálicas, predominio del tono extensor con acortamiento de los extensores de cuello y excesiva lordosis cervical. En las extremidades superiores lo más común es la retracción y rotación externa de hombros con aducción escapular y acortamiento de aductores de escápulas; esta posición persistente en W repercute negativamente en el desarrollo sensorio-motor, con el retraso de la adquisición de la línea media y de la coordinación ojo-mano. A nivel de las extremidades inferiores la abducción y rotación externa de las caderas, flexión de rodillas, torsión de tibias y eversión del tobillo son el resultado de la postura de reposo sobre la superficie de apoyo en posición supina en exceso. Este patrón, de mantenerse por mucho tiempo, puede ocasionar retraso en la adquisición del gateo y la marcha y acortamientos de grupos musculares.

Favorecer la interacción padres-hijo y viceversa: cuando nace un bebe que requiere cuidados especiales, los padres se ven enfrentados rápidamente a un mundo totalmente nuevo e inesperado, donde se maneja un lenguaje muchas veces desconocido y lejano. Su bebe está sometido a los cuidados necesarios para poder sobrevivir donde ellos se ven por fuera, atrapados en una red de sensaciones de miedo y ansiedad. Debemos hacerlos participar, en la medida de lo posible, para que ese primer contacto tan primario como necesario del apego madre-hijo se interrumpa lo menos posible, y se les debe guiar y apoyar para pasar por las diferentes etapas (hospitalización, alta, etc.), creando un diálogo entre padres y equipo de salud que derive en el bienestar del bebe.

Se le debe enseñar a los padres a reconocer los diferentes estados de su hijo, a interactuar con él cuando el estado del niño y las condiciones médicas lo permitan. Ayudar a los padres a reconocer las señales de estrés en los bebes, para que puedan modificar la interacción y el contexto. Enseñar maniobras de consuelo, posturas que favorezcan la organización, succión no nutritiva (uso del chupete) y posicionamiento adecuado. Y, sobre todo, visualizar los logros y celebrarlos, así como también reconocerles el compromiso y el esfuerzo a pesar de la preocupación que sientan por la etapa que están atravesando.

La interacción más importante a nivel neonatal es la familia, ya que se sabe que la temprana relación que se establece entre los padres y sus hijos es la base fundamental en el desarrollo del niño.

Cuando la familia va a la consulta de seguimiento muchas veces nos encontramos con padres inseguros, que no han desarrollado la autoconfianza ni la autoestima lo suficiente, que no entienden por qué su bebe es tan irritable, por qué requiere más cuidados que otros bebes, por qué no reclama su alimento y no duerme de noche. Y acá es donde comienza la otra etapa de sus vidas, la de ir tomando conciencia de cómo es su bebe, qué le está pasando y cómo va respondiendo a la intervención, para que lentamente se vayan fortaleciendo como padres y puedan visualizarlo a largo plazo. Acá tiene mucha importancia la función del terapeuta que está a cargo de la intervención y la relación de empatía y confianza que se genere entre ellos.

Estimular habilidades oromotoras: el feto normal tiene una cavidad oral que se ha desarrollado a un nivel sofisticado de organización, que le permite sobrevivir al momento del nacimiento. La boca es el centro del mundo para el bebe. Además de la importancia para la supervivencia en la alimentación, el bebe usa la boca para la exploración y aprendizaje del ambiente. Debemos favorecer que los reflejos orales estén presentes y que, apoyados en un buen control postural, puedan ir desapareciendo y generando mayor control voluntario

de su zona oral. Embriológicamente las estructuras de la tríada succión-respiración-deglución se desarrollan a los 22 días de gestación; este patrón rítmico y coordinado de la succión, deglución y respiración es el primer patrón de desarrollo que requiere movimientos secuenciales en el tiempo. Es necesario que los padres entiendan la importancia de mantener los ritmos de alimentación y sueño desde el inicio, y que el momento de la alimentación, ya sea por lactancia materna o biberón, sea un momento de encuentro y de comunicación.

Administrar información sensorial, organizar el control de estímulos: en el nacimiento el sistema nervioso central está inmaduro y es competente para la vida intrauterina, pero no está lo suficientemente desarrollado para ajustarse ni organizarse frente a los nuevos estímulos y demandas presentes, por lo cual la función de este bebe va a estar dirigida a organizar su conducta, encontrar su estabilidad fisiológica y así poder relacionarse con el medio lo más favorablemente posible. El recién nacido que por diversos motivos requiere una estadía en alguna unidad de cuidados intensivos se ve sumergido en un ambiente saturado de algunos estímulos (ruidos, luces, movimientos bruscos, manipulaciones dolorosas, etc.) y desprovistos de otros (sostén y contención, movimientos suaves y rítmicos, voces familiares, caricias, etc.). La situación de hospitalización imprime una experiencia traumática que debemos minimizar para que deje la menor huella posible en su vida.

Se debe tener en cuenta que algunas veces el foco de intervención deberá hacerse en el contexto (bajar luces, disminuir los ruidos ambientales, respetar los ritmos de sueño y vigilia para los procedimientos médicos, cambiar cualitativamente la intensidad, la frecuencia y el ritmo de los estímulos somatosensoriales, proveer contacto piel a piel, facilitar la succión no nutritiva, etc.) y otras veces en el bebe (darle experiencias en distintos decúbitos, facilitar la flexión proveer experiencias sensoriales que lo organicen, etc.).

Recoger y aportar información a los miembros del equipo médico: el trabajo de equipo es nuestra responsabilidad y nuestro compromiso en beneficio de lograr buenos resultados de una forma generosa y despojada.

Debemos reforzar la idea de ver la función del fisioterapeuta, en un programa de intervención temprana, como una experiencia para el recién nacido, la familia y el equipo de salud que no está libre de dificultades, pero que tiene como función principal el promover un adecuado desarrollo sensorio-motor en un ambiente optimizado que colabore en un mejor porvenir del neonato.

La realidad actual es la escasa participación del fisioterapeuta en las unidades neonatales, porque nuestro papel en la neonatología no está muy desarrollado, pero considero que sería muy útil para prevenir o reducir secuelas que en un futuro podrían empeorar la calidad de vida de los niños de riesgo.

Nuestro objetivo principal será, en definitiva, prevenir la discapacidad maximizando la función y prevenir o limitar las disfunciones secundarias.

Referencias bibliográficas

AZUMA, S.; CHASNOFF, I. J. (1993): "Outcome of children prenatally exposed to cocaine and other drugs: a path analysis of tree year data". *Pediatrics*. 92: 396-402.

ACKERMAN, J.; RIGGINS, T.; BLACK, M. (2010): "A review of the effects of parental cocaine exposure among school-aged children". *Pediatrics*. 125(3).

CHIRIBOGA, C. A.; BRUST, J, C.; BATEMAN, D.; HAUSER, W. A. (1999): "Dose-response effect of fetal cocaine exposure and newborn neurologic function". *Pediatrics*. 103:79-85. [PubMed: 9917443].

CERMARK, S.; COSTER, W.; LIN, S.; MILLER, B. (2005): "The relation between length of institutionalization and sensory integration in children adopted from eastern Europe". *The American Journal of Occupational Therapy*. 59 (2), 139-147.

CERMARK, S.; DAUNHAUER, L. (1997): "Sensory processing in the postinstitutionalized child". *The American Journal of Occupational Therapy*. 57(1): 500-507.

DELANEY-BLACK, V.; COVINGTON, C. H.; TENPLIN, T.; AGER, J.; MARTIER, S.; SOKO, L. (1996): "Prenatal cocaine exposure and child behavior". *Pediatrics*. 102: 945-9.

GRESSENS, P.; KOSOFSKY, B.; EVRARD, P. (1992): "Cocaine-induced disturbances in corticogenesis in the developing murine brain". *Neurosci Lett*. 140: 113-116.

LEE, C. T.; CHEN, J.; HAYASHI, T.; TSAI, S. Y.; SÁNCHEZ, J. F.; ERRICO, S. L. y otros (2008): "A mechanism for the inhibition of neural progenitor cell proliferation by cocaine". *PLoS Med*. 5:e117.

LEE, C. T.; CHEN, J.; WORDEN, L. T.; FREED, W. J. (2011): "Cocaine causes deficits in radial migration and alters the distribution of glutamate and GABA neurons in the developing rat cerebral cortex". *Synapse*. 65: 21-34.

LEWIS, B. A.; SINGER, L. T.; SHORT, E. J.; MINNES, S.; ARENDT, R.; WEISHAMPEL, P. y otros (2004): "Four-year language outcomes of children exposed to cocaine in utero". *Neurotoxicol Teratol*. 26: 617-627. [PubMed: 15315811].

MAYES, L. C.; CICCHETTI, D.; ACHARYYA, S.; ZHANG, H. (2003): "Developmental trajectories of cocaine-and-o herdrug-exposed and non-cocaine-exposed children". *J. Dev. Behavioral Pediatr*. 24:323-325.

MEISELS, S.; SHONKOFF, J. (2000): Intervención en edades tempranas: una evolución continua. En Meisels, S. and Shonkoff, J. 2ª. Ed. Cambridge University, EEUU: capítulo 1: 10-35.

MILLER-LONCAR, C.; LESTER, B. M.; SEIFER, R.; LAGASSE, L. L.; BAUER, C. R.; SHANKARAN, S. y otros (2005): "Predictors of motor development in children prenatally exposed to cocaine". *Neurotoxicol Teratol*. 27: 213-220. [PubMed: 15734272].

MORAES, Mario y otros (2014a): "Características de la población expuesta a cocaína y pasta base de cocaína durante la gestación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell". *Archivos de Pediatría del Uruguay*, vol. 85, n.° 3.

MORAES, M.; SCORZA, C.; ABIN-CARRIQUIRY, J.; PASCALE, A.; GONZÁLEZ, G.; UMPIÉRREZ, E. (2010): "Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones". *Arch. Pediatr. Urug*., vol. 81, n.° 2 Montevideo: 100-104.

MORAES, M.; GONZÁLEZ G.; SOSA, C.; UMPIÉRREZ, E.; GHIONE, A.; BERTA, S. y otros (2014): *Consumo de alcohol y cocaína en el embarazo*. An Facultad Med. (Univ. Repúb. Urug.). 1(2): 43-50.

MORROW, C. E.; VOGEL, A. L.; ANTHONY, J. C.; OFIR, A. Y.; DAUSA, A. T.; BANDSTRA E. S. (2004): "Expressive and receptive language functioning in preschool children with prenatal cocaine exposure". *J. Pediatr. Psychol*. 29: 543-554. [PubMed: 15347702].

MUR, A.; MARTÍ, C.; MUÑOZ, J.; DE TORRES, S.; CAMÍ, J.; LLORENS, J. (1987): "Problemática de los recién nacidos de madres adictas a opiáceos". *Archivo Pediátrico* (Barc). 38: 539-51.

MUR SIERRA, A.; LÓPEZ VILCHEZ, M. A.; PAYA PANADÉS, A. (2008): *Abuso de tóxicos y gestación*. Hospital Universitario del Mar. Universidad Autónoma De Barcelona. Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2008. En <www.aeped.es/protocolos/>.

PIAGET, Jean; FERNÁNDEZ CANCELA, Luis (traductor) (1982): *El nacimiento de la inteligencia*. Madrid: Aguilar.

PIAGET, J.; INHELDER B. (1997): *Psicología del niño*. Madrid: ediciones Morata, decimocuarta edición. ISBN: 84-7112-103-4.

REN, J. Q.; MALANGA, C. J.; TABIT, E.; KOSOFSKY, B. E. (2004): "Neuropathological consequences of prenatal cocaine exposure in the mouse". *Int. J. Dev. Neurosci*. 22: 309-320.

SHANKARAN, S.; DAS, A.; BAUER, C. R.; BADA, H. S.; LESTER, B.; WRIGTH, L. L. y otros (2004): "Association between patterns of maternal substance use and infant birth weight, length, and head circumference". *Pediatrics*. 114:e226- e234. [PubMed: 15286261].

SINGER, L. T.; ARENDT, R.; MINNES, S.; SALVATOR, A.; SIEGEL, A. C.; LEWIS, B. A. (2001): "Developing language skills of cocaine exposed infants". *Pediatrics*. 107: 1057-1064. [PubMed: 11331686].

SINGER, L. T.; MINNES, S.; SHORT, E.; MIN, M. O.; LEWIS, B.; RUSS, S. y otros (2004): "Cognitive outcomes of preschool children with prenatal cocaine exposure". *JAMA*. 291 (20): 2448-2456.

SPITZ, E. (1945): "Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood". *The psychoanalitic study of the child, I. Internat*. New York: University Press.

TORRES DI GIANO, M. V. (1995): *Estimulación temprana: hacia la humanización.* Tercera edición Buenos Aires: Alfil ediciones.

TRONICK, E. Z.; FRANK, D. A.; CABRAL, H.; MIROCHNICK, M.; ZUCKERMAN, B. (1996): "Late dose-response effects of prenatal cocaine exposure on newborn neurobehavioral performance". *Pediatrics*. (1) 76-83.

VÁZQUEZ, M. A.; COLLADO, S. (2006): *Fisioterapia en neonatología: tratamiento fisioterápico y orientaciones a los padres*. Dykinson.

ZUCKERMAN, B.; FRANK, D. A.; HINGSON, R.; AMARO, H.; LEVENSON, S. M.; KAYNE, H. y otros (1989): "Effects of maternal marijuana and cocaine on fetal growth". *N. Eng. J. Med*. 320: 762-768. 69.

Capítulo 11. Exposición prenatal a PBC y su repercusión neuroconductual

En la década de los ochenta en los países desarrollados y a fines de los noventa en nuestra región surge, como un problema emergente de salud, la generación de los “bebes del crack y de la pasta base”, que expresaba el concepto erróneo de una generación perdida con imposibilidad de lograr un desarrollo neuropsicológico adecuado.

Los estudios de seguimiento longitudinal del desarrollo en recién nacidos que estuvieron expuestos a PBC durante la gestación demostraron que cuando se corrigen las variables ambientales que afectan el desarrollo, que se consideran variables de confusión, los resultados a largo plazo mejoran significativamente.

Los errores partieron de varios sesgos, derivados de evaluar el grupo de mayor ruido, con mayor exposición y sometidos a mayores factores de riesgo ambientales, como consumo asociado de tabaco, alcohol, malnutrición, falta de control antenatal, entre otros.

Los mismos conceptos erróneos de los trabajos de países desarrollados vinculados a la exposición de cocaína intraútero aparecen en nuestra región con la exposición a PBC, donde inicialmente la confusión surge de la ignorancia de la real composición de dicha droga, de las variables ambientales adversas en una población inicialmente identificada de altísimo riesgo social y del coconsumo asociado de alcohol. Los efectos potencialmente teratogénicos y devastadores sobre el sistema nervioso central estaban vinculados al alto consumo de alcohol asociado con la producción de coca etileno (Mena y otros, 2000).

Las fuentes que han intentado aclarar el conocimiento de esta área han sido controversiales y parten de estudios preclínicos en animales expuestos y trabajos longitudinales de seguimiento a largo plazo.

La cocaína atraviesa rápidamente la barrera placentaria y hematoencefálica y provoca efectos directos sobre el desarrollo del cerebro fetal, debido a alteraciones del sistema central de monoaminas y efectos indirectos a través de trastornos vasculares maternos.

Los grupos celulares de monoaminas aparecen tempranamente en el desarrollo fetal y juegan un papel importante en la proliferación celular, la migración, el crecimiento, la maduración neural y en la sinaptogénesis. La acción indirecta por vasoconstricción produce un descenso del flujo sanguíneo útero-placentario, con la consiguiente insuficiencia placentaria, hipertensión materna y vasoconstricción fetal. Esto conduce a un estado relativo de hipoxia fetal que es causa de abortos, partos prematuros, desprendimientos placentarios, infartos cerebrales y microencefalia. Estos efectos más graves dependen de la dosis, etapa embriofetal y drogas asociadas, especialmente alcohol, pudiendo ser reversibles o no en función de estos factores mencionados.

Existe acuerdo en que dicha exposición provoca cambios en la función y estructura cerebral vinculada a las funciones ejecutivas.

Los estudios animales han demostrado que su efecto sería por unión de la cocaína a receptores y transportadores de dopamina en el cerebro fetal, alterando su expresión en el área del córtex prefrontal (Bandstra y otros, 2011; Ferris y otros, 2007; Kubrusly y otros, 2010).

Se provocaría un retraso tangencial en la migración de neuronas GABA por efecto de la cocaína en receptores D1 y D2 de dopamina, alterando el equilibrio fisiológico en favor de D2, responsable de la inhibición migracional (Kubrusly y otros, 2010; Crandall y otros, 2007).

También se detecta en modelos animales un déficit en la densidad numérica de las neuronas GABA en córtex prefrontal medial (McCarthy y otros, 2012).

Una neurotrofina que actúa como factor de crecimiento neuronal estaría también inhibida por la modulación ejercida por receptores de dopamina (Williams y otros, 2010).

Estos efectos podían ser modulados y atenuados en modelos animales adolescentes (Kabir y otros, 2014). En suma, el modelo animal en ratones sugiere que los cambios inducidos por la cocaína en receptores de dopamina y neurotrofinas retrasarían la migración de neuronas GABA en el cerebro anterior y provocarían déficit en el número de neuronas GABA del córtex prefrontal. Si bien estos cambios son transitorios, pueden provocar cambios duraderos y determinar déficits de la función ejecutiva, atencional y cognitiva.

Las alteraciones dopaminérgicas, en función de los factores epigenéticos, podrían ser transitorias y atenuarse o ser definitivas y expresarse en etapa

adulta. Estos aportes del modelo animal podrían dar luz sobre el conocimiento clínico de cómo los factores ambientales pueden actuar favoreciendo o no la expresión de las alteraciones neuropsicológicas de los fetos expuestos.

De la compleja interacción de exposición prenatal-gen-polimorfismo postnatal del entorno surgirá la expresión clínica de los déficits cognitivos y comportamentales (Kabir y otros, 2012).

Los resultados de la repercusión neuroconductual en base a trabajos clínicos longitudinales han sido contradictorios: algunos han encontrado alteraciones cognitivas, de lenguaje y neuromotoras, mientras otros grupos no han encontrado diferencias (Chiriboga y otros, 2014).

La mayoría de los estudios constatan en primera infancia alteraciones neuroconductuales que se van atenuando progresivamente siendo muy sutiles en etapas posteriores, una vez corregidos los factores confusionales ambientales. Estas alteraciones sutiles afectan las funciones ejecutivas y de razonamiento perceptual (Minnes y otros, 2014; Eyler y otros, 2009; Singer y otros, 2008).

Las alteraciones conductuales reportadas en estudios experimentales y clínicos se observan en la primera infancia como irritabilidad, labilidad atencional, alteraciones del control inhibitorio con impulsividad y conductas externalizantes (Chiriboga y otros, 2014).

Los neonatos expuestos si bien no presentan un síndrome de abstinencia típico, pueden presentar excitabilidad con alteraciones del tono y la postura (Karmel y otros, 1996).

En el seguimiento neuropsicológico hasta los 2 años de una cohorte de 398 binomios madre/hijo en Nueva York, con exposición confirmada por pruebas biológicas y excluyendo factores ambientales desfavorables, Chiriboga y colaboradores evidencian alteraciones neuroconductuales significativas no persistentes que se van atenuando con el tiempo (Chiriboga y otros, 2014).

Estas alteraciones neuroconductuales transitorias son debidas a la perturbación de neurotransmisores prenatales de dopamina y GABA que tienden a la homeostasis y resolución postnatal.

Las alteraciones neuromotoras persistentes tendrían otro mecanismo diferente, por lesión vascular o inflamatoria, y provocarían alteraciones de la migración neuronal o lesión isquémica con secuelas definitivas neurocognitivas. Es conocido que el consumo materno de cocaína incrementa el riesgo de isquemia cerebral fetal, por vasoconstricción que produce un descenso del flujo sanguíneo útero-placentario. Aproximadamente 10 % de madres de hijos con isquemias cerebrales prenatales refieren consumo de drogas, especialmente cocaína (Lehman y otros, 2014).

Si bien los resultados de las alteraciones neuroconductuales a largo plazo, en etapa escolar y adolescente no son uniformes, la mayoría de los trabajos encuentran efectos negativos en el comportamiento y rendimiento escolar.

La mayoría de los trabajos de seguimiento longitudinal a largo plazo encuentran que los niños expuestos prenatalmente a la cocaína tienen mayor riesgo de problemas de trastornos externalizantes, con mayor incidencia de trastorno por déficit atencional con hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante y trastornos de conducta, lo cual es debido a alteraciones de los sistemas de excitación de regulación monoaminérgica o condiciones ambientales (Linares y otros, 2006; Bennett y otros, 2007; Minnes y otros, 2010).

La mayoría de las publicaciones coinciden en que el alto consumo y el policonsumo de drogas, los factores de riesgo ambiental y fundamentalmente la mayor tasa de psicopatología comórbida materna determinan un riesgo combinado que puede afectar el desarrollo neurocognitivo del niño (Singer y otros, 2004).

En esta línea, recientemente Molnar y colaboradores en el seguimiento de 196 binomios, 107 expuestos y 89 no expuestos, hasta la edad escolar, no encuentran relación directa con trastornos externalizantes, pero sí constatan que las alteraciones conductuales no se atenúan en la edad preescolar en los casos de madres con psicopatología (Molnar y otros, 2014).

Las alteraciones del sistema monoaminérgico provocado por la cocaína son claves para regular el sistema atencional. Los estudios indican que la exposición prenatal puede afectar la atención visual, la velocidad de procesamiento y la memoria visual en la primera infancia (Jacobson y otros, 1996). Estas alteraciones atencionales tempranas están vinculadas al bajo rendimiento escolar y alteraciones comportamentales futuras.

En el metanálisis realizado por Ackerman y colaboradores sobre las publicaciones que evalúan exposición y resultados neuropsicológicos a largo plazo se concluye (Ackerman y otros, 2010):

- Los factores ambientales son claves en los resultados.
- Las alteraciones cognitivas son sutiles y atenuadas o potenciadas por las variables ambientales.
- Existe mayor riesgo de trastornos externalizantes, atencionales, de conducta y de autorregulación.

La mayor marginalización, las conductas de riesgo social y el policonsumo en la población que se identifica con adicción a PBC determinan que sea una población de mayor riesgo que el grupo expuesto a cocaína refinada de países desarrollados.

Estas variables ambientales desfavorables y el alto consumo asociado al alcohol explican los malos resultados encontrados en el seguimiento neuropsicológico de los niños expuestos a PBC.

Sin embargo, en la población expuesta prenatalmente a PBC no identificada por el sistema sanitario, con menores factores de riesgo, como la población identificada por estudios biológicos en meconio en Uruguay, no encontramos diferencias significativas una vez corregidas las variables ambientales (Moraes y otros, 2012).

Si bien uno de los primeros trabajos realizados en el hospital pediátrico nacional de referencia observó en el comportamiento neurológico de neonatos hijos de madres consumidoras de PBC, en la mayoría de los recién nacidos, alteraciones del examen neurológico, se trataba de una población de altísimo riesgo social, biológico y de policonsumo de drogas y es imposible atribuir las alteraciones a la exposición prenatal de PBC o a las múltiples variables ambientales asociadas (Boidi y otros, 2007).

En el seguimiento de una cohorte expuesta a PBC del Centro Hospitalario Pereira Rossell, de alta vulnerabilidad social, se encuentra mayor riesgo de alteraciones en su neurodesarrollo, no pudiendo afirmar su vinculación al consumo o a los factores ambientales asociados, especialmente el policonsumo, fundamentalmente de alcohol y la comorbilidad biopsicosocial materna (Marichal, 2013).

En suma, sobre los niños expuestos en etapa prenatal a PBC podemos afirmar que si bien representan un grupo de alto riesgo para alteraciones neurocognitivas futuras con trastornos fundamentalmente externalizantes con alteraciones conductuales, atencionales con repercusión académica y social, son claves en su expresión los factores ambientales de riesgo y de protección.

Referencias bibliográficas

ACKERMAN, J. P.; RIGGINS, T.; BLACK, M. M. (2010): “A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children”. *Pediatrics*. 125(3): 554-65.

BANDSTRA, E. S.; MORROW, C. E.; ACCORNERO, V. H.; MANSOOR, E.; XUE, L.; ANTHONY, J. C. (2011): “Estimated effects of in utero cocaine exposure on language development through early adolescence”. *Neurotoxicol Teratol*. 33(1): 25-35.

BENNETT, D.; BENDERSKY, M.; LEWIS, M. (2007): “Preadolescent health risk behavior as a function of prenatal cociane exposure and gender”. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 28(6): 467-472.

BOIDI, M.; GONZÁLEZ, G.; HERNÁNDEZ, C.; SCAVONE, C. (2007): Comportamiento neurológico de neonatos hijos de madres consumidoras de pasta base y otras drogas. Congreso Argentino de Neurología Infantil (SANI).

CHIRIBOGA, C. A.; KUHN, L.; WASSERMAN, G. A. (2014): "Neurobehavioral and Developmental Traiectories Associated with Level of Prenatal Cocaine Exposure". *J. Neurol. Psychol*. 2: 12.

CRANDALL, J. E.; MCCARTHY, D. M.; ARAKI, K. Y.; SIMS, J. R.; REN, J. Q.; BHIDE, P. G. (2007): "Dopamine receptor activation modulates GABA neuron migration from the basal forebrain to the cerebral cortex". *J. Neurosci*. 27(14): 3813-22.

EYLER, F. D.; WARNER, T. D.; BEHNKE, M.; HOU, W.; WOBIE, K.; GARVAN, C. W. (2009): "Executive functioning at ages 5 and 7 years in children with prenatal cocaine exposure". *Dev. Neurosci*. 31:121-136.

FERRIS, M. J.; MACTUTUS, C. F.; SILVERS, J. M.; HASSELROT, U.; BEAUDIN, S. A.; STRUPP, B. J. y otros (2007): "Sex mediates dopamine and adrenergic receptor expression in adult rats exposed prenatally to cocaine". *Int. J. Dev. Neurosci*. 25(7): 445-54.

JACOBSON, S. W.; JACOBSON, J. L.; SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S.; CHIODO, L. M. (1996): "New evidence for neurobehavioral effects of in utero cocaine exposure". *J. Pediatr*. 129(4): 581-90.

KUBRUSLY, R. C.; BHIDE, P. G. (2010): "Cocaine exposure modulates dopamine and adenosine signaling in the fetal brain". *Neuropharmacology.* 58(2): 436-43.

KARMEL, B. Z.; GARDNER, J. M. (1996): "Prenatal cocaine exposure effects on arousal-modulated attention during the neonatal period". *Dev. Psychobiol*. 29: 463-480.

KABIR, Z. D.; KENNEDY, B.; KATZMAN, A.; LAHVIS, G. P.; KOSOFSKY, B. E. (2014): "Effects of prenatal cocaine exposure on social development in mice". *Dev. Neurosci*. 36: 338-46.

KABIR, Z. D.; LOURENCO, F.; BYRNE, M. E.; KATZMAN, A.; LEE, F.; RAJADHYAKSHA, A. M. y otros (2012): "Brain-derived neurotrophic factor genotype impacts the prenatal cocaine-induced mouse phenotype". *Dev. Neurosci*. 34: 184-97.

LEHMAN, L. L.; RIVKIN, M. J. (2014): "Perinatal arterial ischemic stroke: presentation, risk factors, evaluation, and outcome". *Pediatr. Neurol*. 51(6): 760-8.

LINARES, T. J.; SINGER, L. T.; KIRCHNER, H. L.; SHORT, E. J.; MIN, M. O.; HUSSEY, P. y otros (2006): "Mental health outcomes of cocaine-exposed children at 6 years of age". *J. Pediatr. Psychol*. 31(1): 85-97.

MARICHAL, V. (2013): Crianza en situación de consumo de drogas: cómo influye en el neurodesarrollo el modo de crianza de los niños que fueron expuestos a sustancias psicoactivas durante su gestación. Monografía de Diplomatura en Neurodesarrollo, Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, Udelar.

MCCARTHY, D. M.; BROWN, A. N.; BHIDE, P. G. (2012): "Regulation of BDNF expression by cocaine". *Yale J. Biol. Med*. 85(4): 437-46.

MENA, M.; NAVARRETE, P.; CORVALÁN, S.; BEDREGAL, P. (2000): "Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo". *Revista Médica de Chile* 128: 1093-100.

MINNES, S.; SINGER, L. T.; MIN, M. O.; LANG, A. M.; BEN-HARUSH, A.; SHORT, E. y otros (2014): "Comparison of 12-year-old children with prenatal exposure to cocaine and non-exposed controls on caregiver ratings of executive function". *J. Youth Adolesc*. 43: 53-69.

MINNES, S.; SINGER, L.; KIRCHNER, L.; SHORT, E.; LEWIS, B.; SATAYATHUM, S. y otros (2010): "The Effects of Prenatal Cocaine-Exposure on Problem Behavior in Children 4-10 Years". *Neurotoxicol Teratol*. 32(4): 443-451.

MOLNAR, D. S.; LEVITT, A.; EIDEN, R. D.; SCHUETZE, P. (2014): "Prenatal cocaine exposure and trajectories of externalizing behavior problems in early childhood: examining the role of maternal negative affect". *Dev. Psychopathol*. 26(2): 515-2.

MORAES, M.; GONZÁLEZ, G.; UMPIÉRREZ, E.; SOSA, C.; GHIONE, A.; GONZÁLEZ, S. y otros (2012): *Repercusión en el neurodesarrollo infantil del consumo de alcohol, cocaína y depresión materna: estudio de cohorte prospectiva*.

SINGER, L. T.; MINNES, S.; SHORT, E.; ARENDT, R.; FARKAS, K.; LEWIS, B. y otros (2004): "Cognitive outcomes of preschool children with prenatal cocaine exposure". *JAMA*. 26, 291(20): 2448-56.

SINGER, L. T.; NELSON, S.; SHORT, E.; MIN, M. O.; LEWIS, B.; RUSS, S. y otros (2008): "Prenatal cocaine exposure: drug and environmental effects at 9 years". *J. Pediatr*. 153: 105-111.

WILLIAMS, S. N.; UNDIEH, A. S. (2010): "Brain-derived neurotrophic factor signaling modulates cocaine induction of reward-associated ultrasonic vocalization in rats". *J. Pharmacol. Exp. Ther*. 332(2): 463-8.

Índice de figuras y tablas

Figura 1. Cromatograma correspondiente a una de las incautaciones, obtenido por HS-SPME-GC/MS. 27

Figura 2. Cromatograma de una muestra de PBC donde se observan los distintos alcaloides encontrados por GC/MS. 28

Figura 3. Cromatograma de incautación de PBC 2009. 29

Figura 4. Cromatograma de muestra de PBC 2015. 30

Figura 5. Cromatograma de PBC fumada. 31

Figura 6. Efecto de la temperatura en la composición de los vapores de PBC fumada. 32

Figura 7. Encuesta Nacional de Hogares sobre consumo de drogas. 40

Figura 8. Autodeclaración de consumo de PBC en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. 42

Figura 9. Representación gráfica de selección de muestra de estudio. 47

Tabla 1. Hábitos de consumo de usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell previo a embarazo en 2014. 41

Tabla 2. Características de las mujeres incluidas en la muestra de estudio por muestreo al azar durante un año 49

Tabla 3. Ocupación del jefe de familia en la muestra de estudio. 51

Tabla 4. Características de los recién nacidos incluidos en la muestra de estudio. 54

Tabla 5. Identificación de derivados de cocaína por inmunoanálisis en meconio del recién nacido 56

Tabla 6. Características de la población de usuarias de PBC identificadas por análisis de meconio del recién nacido incluidas por muestreo al azar durante 1 año. 61

Tabla 7. Características de las usuarias de PBC según la metodología de identificación de consumo. 64

Tabla 8. Declaración de consumo de PBC durante el embarazo. 65

Tabla 9. Frecuencia de consumo de PBC durante la gestación. *Ingresaron bajo el efecto de PBC, estaban viviendo en la vía pública. 65

Tabla 10. Diagnóstico de consumo de cocaína y PBC realizada por el equipo de salud 71

Tabla 11. Resultados de muestras de estudio de cocaína en orina de 23 embarazadas atendidas en el Hospital Pereira Rossell en el 2013/2014. 73

Tabla 12. Ensayos inmunológicos de orina (N=15) con concentraciones variables de benzoylecgonina en 3 marcas comerciales diferentes (A, B y C) 74

Tabla 13. Diferencias en resultados neonatales en muestra al azar con identificación en meconio del recién nacido..... 146

Tabla 14. Diferencias en resultados neonatales en las poblaciones con consumo disruptivo de PBC 147

Sobre los autores

Mario Moraes Castro: Profesor agregado de Neonatología. CHPR, Udelar.

Gabriel González Rabelino: Profesor titular Cátedra de Neuropediatría. Udelar.

Luisina Castelli Rodríguez: Antropóloga. Udelar.

Eleuterio Umpiérrez: Profesor adjunto Instituto Polo Tecnológico de Pando. Facultad Química. Udelar.

Claudio Sosa Fuertes: Profesor agregado Ginecotocología. Clínica Ginecológica C. Udelar.

Infancia 2mil20 se constituyó como un grupo de investigación en el ámbito del Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República de Uruguay. El tema de investigación definido por el grupo es el consumo de sustancias de uso recreativo y sustancias de abuso durante la gestación y sus efectos sobre la mujer, el feto y el desarrollo posterior del niño. La profundización del conocimiento sobre la temática en las diferentes investigaciones realizadas en 10 años de trabajo permitió el crecimiento del grupo de investigación desde una etapa de integración interdisciplinaria entre los clínicos (médicos) y el conocimiento de las materias básicas (químicos). Sobre estos logros, en principio desde un objetivo meramente teórico, se incorpora el diálogo con otros saberes, en particular con las ciencias antropológicas, la sociología, el servicio social y el derecho con perspectiva de género. De este modo se ha transitado desde una formulación de la problemática y, por tanto, de conocimiento de la realidad, focalizada en los aspectos básico-clínicos, a una perspectiva más amplia, en donde se consideran las circunstancias de vida de estas mujeres y cómo en relación a estas se vive la maternidad, sus vínculos afectivos, familiares y con el sistema sanitario. Este libro es el resultado de las investigaciones desarrolladas por el grupo y de los esfuerzos de sus integrantes por lograr una visión más comprensiva de la problemática de estudio. Con respecto al consumo de pasta base de cocaína existe al momento actual una obra que integre los conocimientos en salud con otros saberes. La presente obra está centrada en comunicar el conocimiento actual sobre el consumo de pasta base de cocaína en embarazadas y en las vivencias posteriores al parto, con foco en la población de mayor vulnerabilidad socioeconómica que se atiende en el Hospital de la Mujer.

Ei publ 40-16
40

ISBN: 978-9974-0-1355-1
9 789974 013551

Espacio Interdisciplinario
Universidad de la República
Uruguay

+598 2408 9010 www.ei.udelar.edu.uy ei@ei.udelar.edu.uy
José Enrique Rodó 1843, 11200 Montevideo Uruguay