



Universidad
Latina

UNIVERSIDAD LATINA CAMPUS CUERNAVACA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO CON CLAVE DE REGISTRO NO. 8344-25

**“LAS DROGAS PSICODÉLICAS Y EL DESENCADENAMIENTO
PSICÓTICO DESDE UN ENFOQUE PSIQUIÁTRICO Y
PSICOANALÍTICO”**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

JOSÉ DAVID NORIEGA FLORES

DIRECTOR DE TESINA: AMADOR OCAMPO FLORES

Cuernavaca, Morelos

Enero, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



A mi mamá que siempre estuvo dándome apoyo y consejos incondicionalmente
impulsándome en los momentos más difíciles,
a mi padre por su exigencia,
a mi hermana,
a mis amigos Jordy, Héctor y Male por alentarme a continuar
cuando parecía que me iba a rendir,
a mis maestros por sus enseñanzas y apoyo,
a mi psicoanalista por enseñarme este grandioso camino que es el
psicoanálisis, a mi asesor por su paciencia y orientación en la realización de
este trabajo y a todas aquellas personas
que estuvieron siempre conmigo en el transcurso de este tiempo, dándome
fuerza para superarme cada día.

ÍNDICE

	Pág.
Capítulo I	2
1.1 Introducción.....	2
1.2 Planteamiento del problema.....	4
1.3 Hipótesis.....	6
1.4 Objetivos.....	7
1.5 Justificación.....	7
1.6 Limitaciones de estudio.....	8
Capítulo II Drogas Psicodélicas	10
2.1 Historia de las Drogas Psicodélicas.....	10
2.2 Definición de drogas.....	15
2.3 Vías de administración.....	16
2.4 Clasificación de drogas.....	17
2.5 Drogas Psicodélicas.....	22
2.6 LSD.....	24
2.7 Mutilen-dioxi-metil-anfetamina(MDMA).....	26
2.8 Psilocybe.....	28
2.9 Ayahuasca.....	30
2.10 Peyote.....	32
2.11 Conclusiones sobre drogas.....	34
Capítulo III Aspectos o Consideraciones Clínicas sobre la Psicosis	36
3.1 Revisión histórica de la locura.....	36
3.2 Aspectos psiquiátrico.....	39
3.2.1 Que es una psicosis.....	39

3.2.2 Signos y síntomas-----	40
3.3 Aspectos psicoanalíticos-----	43
3.3.1 Sigmund Freud-----	44
3.3.2 Jaques Lacan-----	46
3.3.3 Piera Aulagnier-----	49
3.4 Conclusiones sobre psicosis-----	55
Capítulo IV Drogas y Psicosis-----	57
4.1 Drogas y psicosis desde un enfoque psiquiátrico-----	57
4.2 Drogas y psicosis desde un enfoque psicoanalítico-----	59
4.3 Conclusiones sobre drogas y psicosis-----	62
Capítulo V Metodología-----	64
5.1 Tipo de investigación-----	64
5.2 Instrumento-----	64
5.3 Procedimiento-----	65
Capítulo VI Resultados-----	66
6.1 Resultados de entrevistas-----	66
Capítulo VII Discusiones y Recomendaciones-----	73
7.1 Discusión-----	73
7.2 Recomendaciones-----	78
Anexos-----	79
Glosario-----	79
Bibliografía-----	84

Resumen

Los términos locura e intoxicación, han sido relacionados entre si a lo largo de la historia y hoy en día se relacionan las drogas y mas en especifico las drogas psicodélicas como un factor detonante para la eclosión de una psicosis blanca vista desde un enfoque psicoanalítico, mientras que desde un enfoque psiquiátrico se observa al trastorno psicótico como consecuencia fisiológica directa del consumo de drogas.

Es por ello que la siguiente investigación aborda estas dos áreas de la salud, para poder dar una explicación teórica, una desde la fisiología cerebral, es decir desde un punto de vista médico y en segundo lugar poder dar una explicación psicoanalítica, basándose en la psique del sujeto desde autores como Sigmund Freud, Jaques Lacan y Piera Aulagnier.

Dando a conocer que no es estrictamente necesario que exista una lesión a nivel cerebral, para que sea posible que haya un trastorno psicótico, si no que también es posible que la formación de una psicosis se lleve acabo por acontecimientos vital del sujeto en el trascurso de su vida, es decir, un evento sumamente traumatizante, una madre sumamente castrante o una forclusión del significante Nombre-del-Padre.

Palabras claves: Psicosis, Drogas psicodélicas, Trastorno Psicótico, Psicoanálisis, Psiquiatría.

Capítulo I

1.1 Introducción

La psicosis es una patología, una estructura psíquica o un término humano presente desde la antigüedad. El lugar que ocupa ha ido cambiando a través de las diferentes etapas de la sociedad.

En el siguiente trabajo de investigación se abordará en primer lugar el tema de drogas, elaborando primeramente una revisión histórica del consumo de drogas en las diferentes culturas, en segunda instancia se darán diferentes definiciones de lo que son las drogas, dando a conocer como el concepto de droga ha ido evolucionando conforme el pasar del tiempo y a su vez también se hablará de las vías de administración. Posteriormente se abordarán diferentes clasificaciones iniciando por la primera hecha por Lewin en 1924, a partir de esta clasificación se desprenderán otras más abordando características principales de las drogas, por ejemplo: por sus efectos en el sistema nervioso central, por su condición legal, por el contexto cultural, por el tipo de sustancia psicoactiva que contiene la droga, por la peligrosidad en producir una dependencia en el sujeto y por último se hace una clasificación de las drogas psicotrópicas donde se incluyen las drogas psicodélicas que será parte del siguiente subtema.

Posteriormente se desprenden los principales tipos de drogas alucinógenas, ayahuasca, peyote, cilocybe, LSD y MDMA. De cada una de estas drogas se hace una breve revisión histórica y se habla de los diferentes síntomas físicos, psicológicos y neurológicos que provocan.

Después se hablará de la psicosis comenzando con una breve revisión histórica de la locura, pasando por las diferentes ideas que se tenían de ésta, dentro de éste capítulo se desprenden dos posturas para dar explicación a la etiología de la psicosis, que son la psiquiatría y el psicoanálisis.

La primera nos habla desde un enfoque puramente médico dando a conocer los diferentes tipos de psicosis, signos y síntomas que se encuentran en el DSM-IV, para poder hallar la etiología y clasificarla en algún tipo de psicosis. Y posteriormente se aborda la teoría psicoanalítica, donde existe un cambio radical en cuanto a abordar la etiología de la psicosis, ya que ésta nos habla, del lado psíquico del sujeto y como éste depende de ciertos acontecimientos fundamentales para la formación de su psique.

Este abordaje se hará a partir de autores fundamentales que cuentan con un vasto trabajo alrededor del psicoanálisis y la psicosis: Sigmund Freud, Jaques Lacan y Piera Aulagnier, cada uno aporta significativamente información de la psicosis.

Y en el tercer y último capítulo se vinculan las drogas psicodélicas y la psicosis, que llevara a responder a la pregunta de investigación: ¿Las drogas psicodélicas únicamente son un detonante para la eclosión de un trastorno psicótico?.

1.2 Planteamiento del problema

Los términos locura e intoxicación, han sido relacionados entre si a lo largo de la historia y hoy en día se relacionan las drogas como un factor detonante para la eclosión de un trastorno psicótico, es por ello que la siguiente investigación aborda desde un enfoque psicoanalítico y psiquiátrico a este fenómeno, intentando explicar la funcionalidad, la etiología y la dirección de la cura.

El uso de sustancias psicotóxicas es un problema creciente en el mundo. Los psicotóxicos pertenecen a siete familias: nicotina, alcohol, cafeína, opiáceos, cocaína, anfetaminas, cannabis y alucinógenos, claro está, cada una de ellas diferentes no solo en la composición química, sino también en sus efectos sobre el comportamiento, toxicidad a largo plazo y probabilidad de desarrollo de un patrón de uso repetitivo o adicción (Mirin *et al.*, 1995; Goldstein,1994)

La verdadera extensión del uso de sustancias psicotóxicas es desconocido en países desarrollados y aún más en aquellos en vía de desarrollo.

Para México el trastorno psicótico inducido por el consumo de sustancias, ocupa el segundo lugar de atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de la Secretaria de Salud, puesto que de las 15 mil consultas que se atienden anualmente, 3.8 % corresponde a este tipo de alteración (Díaz, 2010)

Éste tipo de alteración genera importantes dificultades para quien la presenta, dado que obstaculiza la posibilidad de desarrollar una vida autónoma, también tiene importantes consecuencias para los cuidadores, sean sus familiares o profesionales. Estos cuidadores habitualmente sus familiares, se ven obligados a proporcionar más cuidados de los habituales para una persona de esa edad, lo que le supone un estrés tanto psicológico como económico y, en consecuencia una disminución de su bienestar y calidad de vida.

Y a pesar de que esta alteración comienza poco a poco a conocerse, se sabe que en pleno siglo XXI, aún sigue siendo estigmatizada por la sociedad, ocasionando múltiples críticas, limitaciones sociales y por supuesto malos tratamientos, que van desde lo religioso hasta un encierro total del paciente.

1.3 Hipótesis

Hipótesis de trabajo: La ingesta de sustancias alucinógenas son un detonante para la aparición de un brote psicótico.

Hipótesis nula: Las sustancias alucinógenas no son un detonante para la aparición de un brote psicótico.

Hipótesis Alternativa: Las sustancias alucinógenas son un detonante para la aparición de un brote psicótico.

Definición de Variables:

Psicosis: Para la Asociación Psiquiátrica Americana (por sus siglas en inglés APA) psicosis es un trastorno mental importante de origen orgánico o emocional, en el cual la capacidad de una persona para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la libertad, y conducirse apropiadamente está suficientemente deteriorada como para interferir gravemente con la capacidad para satisfacer las demandas ordinarias de la vida. Este trastorno está caracterizado a menudo por conductas regresivas, humor inapropiado, disminución del control de los impulsos y presencia de contenidos mentales anormales como delirios y alucinaciones.

Alucinaciones: Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles). Pero las alucinaciones auditivas son por mucho las más habituales y características, estas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona (Pichot, *et al.*, 1995)

Drogas alucinógenas: Son sustancias que pueden ser de origen natural o de productos químicos compuestos, regularmente generan depresión o estimulación del sistema nervioso central, modificando la percepción de las emociones, el

tiempo y el espacio, así como los sonidos, formas y colores (Consejo Nacional contra las Adicciones, 2014)

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Formular una investigación basada en fundamentos psicoanalíticos y psiquiátricos en torno a la psicosis y las drogas psicodélicas.

1.4.2 Objetivo específico

Realizar un análisis entre la relación que existe de la psicosis y las drogas como factor detonante de un trastorno psicótico, comparando un enfoque psiquiátrico y un enfoque psicoanalítico.

1.5 Justificación

La psicosis puede ser abordada de distintas maneras, ya sea como un concepto, forma clínica, como trastorno, como estructura subjetiva o como diagnóstico médico. Esta puede ser analizada desde diferentes posturas como el humanismo, un enfoque cognitivo-conductual, medico-psiquiátrico o desde un enfoque psicoanalítico, dando a conocer a la sociedad la comprensión e importancia de la psicosis y que ésta hoy en día tiene gran relevancia dentro del ámbito de la salud para llevar a cabo una función terapéutica, y de esta manera dejar de lado los enigmas que la rodean.

Desde el punto de vista psiquiátrico se explica a la psicosis de una forma descriptiva, la cual debe de indicar si el paciente presenta síntomas propios de la psicosis, así como también el tiempo de un cuadro psicótico y posibles motivos por lo cual se encuentra en este estado, ya sea por alguna lesión cerebral, por el consumo de alguna sustancia o medicamento, entre otros posibles.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, se escucha al paciente para poder sustentar con base a la teoría la estructura subjetiva de éste, identificando la sexualidad infantil, la dinámica subjetiva (Ello, Yo, Superyó), las diferentes etapas, los eventos que implica cada una de estas y la dirección de la cura.

En ambas posturas es conocida la psicosis, pero lo que se cuestiona en este trabajo de investigación es la función que tienen las drogas sobre el sujeto, para que haya un desencadenamiento de la psicosis, puesto que en la psiquiatría las drogas son un factor a nivel neurológico y en el psicoanálisis las drogas son un factor a nivel simbólico.

La falta de conocimientos o crítica que se tienen ante lo que son las drogas, ¿cómo funcionan? ¿cómo afectan? ¿qué es la psicosis? ¿En qué consiste ese trastorno? ofrecen a este trabajo una ardua investigación desde un enfoque psiquiátrico y psicoanalítico para poder esclarecer y comprender distintas dudas, pero principalmente saber si las drogas psicodélicas son capaces de ocasionar una psicosis.

Es así como ésta investigación pretende abrir la crítica y formular nuevas ideas sobre el papel que juegan las drogas para el desencadenamiento de la psicosis, a su vez también contribuirá a engrandecer el conocimiento para formular una mejor dirección de la cura en estos pacientes dentro de la clínica, ya sea en un trabajo multidisciplinario o individual por parte de estas dos posturas.

1.6 Limitaciones de estudio

Algunas de las limitaciones en este estudio radica en la dificultad de acceso que se tiene en las instituciones de carácter psiquiátrico para la realización de un trabajo de investigación de carácter psicoanalítico, puesto que el plan de trabajo dentro de ésta radica en un enfoque puramente médico, cognitivo-conductual y psicológico y la idea de este trabajo era el poder conocer el abordaje hacia un paciente a través de un enfoque psicoanalítico y psiquiátrico.

Otra limitación que se dio en el recorrido de este trabajo de investigación por lo cual no fue aplicado en campo fue la dificultad para encontrar pacientes con trastorno psicótico detonado por el consumo de drogas psicodélicas, esto debido a que eran internados una vez que la psicosis ya había detonado en ellos y por lo cual se dificultaba identificar los acontecimientos vitales que llevan a un sujeto a formar una estructura psicótica.

Una limitación mas encontrada en este trabajo de investigación fue el tiempo con el cual se contaba para elaborar esta investigación, ya que para poder identificar a un paciente con estructura psicótica no detonada se necesita de años de terapia psicoanalítica.

Capítulo II Drogas psicodélicas

2.1 Historia de las drogas psicodélicas.

En las sociedades no modernas, las sustancias psicotrópicas o drogas pertenecen a la medicina y a los ritos que permiten establecer relaciones con los dioses, con los muertos o revelar un destino. En las sociedades modernas, constituyen experiencias que producen y revelan simultáneamente los estilos de relaciones que el individuo mantiene consigo mismo y con el prójimo (Mazzotti, 1999).

Más precisamente, las sustancias que alteran los estados de conciencia y las percepciones mentales son prácticas de multiplicación artificial de la individualidad, ya sea que inicien al conocimiento de otro mundo, anestesien la angustia, favorezcan el intercambio social desinhibiendo o a la inversa, desprendan del mundo común al sujeto permitiendo encerrarse en sí mismo, en un refugio o infierno privado (Mazzotti, 1999).

En todos los tiempos, el hombre movido por la curiosidad, el deseo y la necesidad, ha buscado la forma en la cual se le proporcionen estados placenteros, de éxtasis místicos, supresión u olvido del dolor físico o moral, lo cual encontró a través de diferentes sustancias. El uso social, cultural o religioso de sustancias psicotrópicas forma parte de la historia de las costumbres y hasta las últimas décadas no representaba un problema o una amenaza grave para la humanidad (Massun, 1991).

En la búsqueda de alimentos, nuestros antepasados encontraron los venenos, las plantas con propiedades curativas y las sustancias alucinógenas gracias a la observación de la conducta de ciertos animales (Del Campo, 2007).

Si al pastar en ciertas zonas los animales comenzaban a convulsionar o a salivar en exceso dando señales de trastornos serios o intoxicación, se averiguaba que es lo que ingerían dichos animales para que nuestros antepasados lo evitaran

de su dieta. Si por el contrario observaban a las aves o a algún otro animal ingerir las semillas de alguna planta con particular constancia, seguramente nuestros antepasados habrán probado dicha semilla para posteriormente agregarla a su dieta diaria (Del Campo, 2007).

Desde hace siglos es conocido el uso de plantas por el hombre arcaico para realizar ritos, someter a las personas, quitar los males, expulsar una impureza.; no se sabía que pudieran causar daño alguno, ya que se consideraba que tenían más ventajas que inconvenientes (Espinosa, 1998).

Históricamente en el continente americano el uso de ciertas plantas consideradas, ahora como sustancias adictivas, tuvo carácter religioso o terapéutico. Contemporáneamente el fenómeno de dependencia de las drogas alcanzó una gran importancia por su difusión, consecuencias sociales y sanitarias en la última década. Se observa así, que en la evolución de diversas culturas o sociedades, se privilegia el consumo de algunas sustancias como una manera de favorecer la socialización y bienestar, buscando el placer (Median-Mora *et al.*, 2003).

El alcohol y los opiáceos fueron los primero psicoactivos empleados con la finalidad de alterar el funcionamiento normal del sistema nervioso central y de esta manera poder aliviar un mal (Carvalho, 2007).

Probablemente la droga más antigua de todas sea el alcohol, de hecho, los descubrimientos arqueológicos revelan que las vasijas ya existían en el año 8.000 A.C. y que, por lo menos en el año 5.000 A.C. eran empleadas para contener miel. Es de aquí que se deduce que la miel fermentada y diluida en agua haya sido el primer vino para consumo humano (Carvalho, 2007).

En los diferentes ceremoniales o rituales que se realizan hoy en día existe una amplia variedad de sustancias.

Algunos de los rituales de las diferentes culturas son la ingestión sagrada de la soma practicada por los vedas de la india, la ingestión de semilla de ollolliuqui y mezcalina ingerida por los aborígenes norteamericanos, la menta sagrada de los cultos misteriosos griegos, el uso de la cannabis por los escitas, la ingesta del yagé o ayahuasca por las tribus amazónicas y la iboga de los pueblos del África ecuatorial (Alper, 2008).

Aparte del uso profano y del terapéutico, es importante tomar en cuenta, que cuando estos fármacos intervienen en diferentes ceremonias dirigidas por chamanes, hechiceros y sacerdotes en sentido estricto constituyen sustancias con virtud que establecen modalidades de sangre y carne de Dios (Espinosa, 1998).

Es de aquí de donde proviene el término conocido como enteogenia, que significa “Dios generado desde el interior” el cual se utiliza para describir este tipo de sustancias que se cree inducen a Dios (Alper, 2008).

Los hongos y las plantas que contienen sustancias alucinógenas han sido altamente estimados por la humanidad desde tiempos inmemoriales. Estos tipos de plantas y hongos fueron centrales a los conceptos de salud, enfermedad, espiritualidad y bienestar hasta que fueron demonizados y rechazados por las instituciones culturales europeas, en el proceso del desarrollo del mundo moderno. (Harner, 1973; Winkelman, 2008).

Hay un grupo de hechiceros y sacerdotes que desempeñan sus funciones en conexión y ayuda directa con diferentes sustancias psicoactivas, que los ayudan a tener cierta eficacia en sus operaciones –adivinación, sacrificio lustral, curas y cualquier intervención en la realidad- es preciso que alcancen estados alterados de conciencia para dichas operaciones (Espinosa, 1998).

Considerando que la mayoría de estos ritos están caracterizados por el uso de sustancias psicoactivas, parece preciso distinguir dentro de las ceremonias dos clases de experiencias, vinculados a dos tipos básicos de sustancias.

La primera es la ebriedad de posesión o raptó, que se realiza con drogas que “emborrachan” excitando el cuerpo y aniquilando la conciencia como instancia crítica (inhibición). Sus agentes son conocidos como bebidas alcohólicas y las solanáceas psicoactivas. Que en dosis altas producen una mezcla de desinhibición y entumecimiento anímico propensa a la confusión. Con el acompañamiento de música y danzas violentas, estos ritos buscan un frenesí que liberen, lo sacro es la estupefacción y el olvido, un trance sordo y mudo que concluye en un reparador agotamiento (Espinosa, 1998).

La segunda experiencia es la ebriedad estática, que se realiza con drogas que desarrollan espectacularmente los sentidos, creando estados anímicos caracterizados por la “altura” sus agentes son sobretodo plantas ricas en fenetilaminas o índoles, que se distinguen por una gran actividad visionaria. Lo propiamente esencial de estas sustancias es su efecto ya que provocan en los consumidores una excursión psíquica caracterizada por dos momentos sucesivos (Espinosa, 1998).

El primero conocido como el vuelo mágico que consiste en que el sujeto pasa a horizontes desconocidos, viéndose desde fuera de su cuerpo, como si fuera otro objeto del mundo. El segundo momento es el viaje propiamente dicho que implica empezar temiendo enloquecer para acabar muriendo en vida (Espinosa, 1998).

La siguiente etapa de las drogas se da con la agricultura, ya que esta modifica los valores del cazador paleolítico poniendo en lugar del mundo animal el vegetal. La revolución urbana iniciada hacia 4000 A. C. reelabora los ritos de éxtasis dentro de las exigencias de grupos heterogéneos y numerosos, compelidos a la obediencia por un estamento militar y sacerdotal en rápida expansión (Espinosa, 1998).

La proeza de desarrollar la agricultura requiere una previa acumulación de diferentes y enormes conocimientos prácticos, es por esto que se creó la

etnobotánica que tiene como objeto las conexiones entre la flora psicoativa de las diversas áreas geográficas y sus respectivas culturas. (Espinosa, 1998).

Sin embargo, todo depende de lo que cada cultura pretenda obtener de las riquezas de los psicofármacos.

Una civilización que ocupó algunas plantas como drogas es la Babilónica. Ellos dentro de su medicina usaban habitualmente opio, mandrágora, cáñamo, cerveza, vino y otras sustancias de gran actividad (Espinosa, 1998).

Posteriormente en el antiguo Egipto se encontraron diferentes papiros donde se da a conocer la existencia de un arsenal de drogas ingeniosas y muy buenas, este descubrimiento fue hecho por H. Grapow y H. Von Deines los cuales aislaron más de setecientos nombres de fármacos (Espinosa, 1998).

El exceso y abuso de sustancias adictivas no se hizo común sino hasta tiempos más recientes; en gran parte debido al tráfico intenso para el consumo global. Los griegos y los romanos conocían los aspectos benéficos de las sustancias adictivas, es por esto que recurrían sobre todo al alcohol, puesto que a pesar de conocer los efectos del opio solo era aplicado con fines curativos y no recreativos (Anónimo 2015)

Los conceptos de dependencia y abuso no se acuñaban aun en esa época. En la actualidad, el uso, abuso y dependencia de drogas es un problema de salud pública mundial, y es sumamente importante conocer la etiología de las sustancias, los efectos físicos, psicológicos, neurológicos, así como también conocer los diferentes tabús que rodean a las sustancias adictivas a las que más se recurren por sus efectos en la sociedad y en las diversas culturas (Anónimo 2015)

El fenómeno antiguo y propio de numerosas sociedades, el uso de sustancias psicoquímicas y el de la toxicoddependencia, surge, a nuestro entender, en el espacio abierto de la modernidad. El primero es el fruto de una experiencia

que se entiende sobre varias generaciones y que se goza del aval de la comunidad es decir son los diferentes rituales de una cultura o sociedad en donde es necesario el uso de sustancias psicotrópicas. El segundo, por lo contrario, es el producto de una serie de rupturas e incoherencias en el plano existencial, cultural y social del hombre contemporáneo. Aun habría que situar históricamente la naturaleza de tal desplazamiento, pues es cierto que el ideal de superación de sí sigue siendo un rasgo común de numerosos usos de drogas.

La toxicodependencia puede darse a conocer antropológicamente como un intento de resolución de las tensiones y de las paradojas ligadas al ejercicio de la libertad moderna, como fuente a la vez de creación y de alienación para el individuo. Cualesquiera que sean sus configuraciones, constituye un acto de sujeción voluntaria de un individuo no tanto a un producto, sino a un modo de vida en tomo de la búsqueda frenética de productos. Más que un producto químico, el sujeto consume productos imaginarios (Mazzotti, 1999).

2.2 Definición de drogas.

Según la Organización Mundial de la Salud, *droga* es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones (físicas o mentales)” (OMS, 1969).

Por la Real Academia Española: Droga

1. Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes.
2. Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.

Definición de droga desde un punto de vista biológico: toda sustancia química cuya acción es capaz de modificar o interferir en el funcionamiento celular y producir un efecto o respuesta biológica de las células o tejidos.

Drogas Estimulantes: Son sustancias que aumentan el estado de vigilia, combaten el sueño, producen una sensación de energía elevada y estados de excitación extrema (Brailowsky, 1995)

Drogas Depresoras: Son sustancias con efecto sedante e hipnóticos sobre el consumidor (Brailowsky, 1995)

2.3 Vías de administración

Las vías más frecuentes para la introducción de diferentes drogas suelen ser oral, fumada, inhalada e inyectada, la importancia de conocer la vía de administración radica en poder entender la rapidez con la que se instauran los efectos físicos y psicológicos. (Martínez y Rubio, 2002).

- Vía Oral

La vía oral es utilizada en líquidos como alcohol, la metadona, infusiones realizadas con café, té, hojas de coca o cannabis, así como para sólidos como los comprimidos o los hongos. Los efectos tienden a aparecer de forma más lenta ya que la sustancia ha de pasar, antes de llegar al SNC, por la barrera intestinal y el filtro hepático. (Martínez y Rubio, 2002).

- Vía Fumada

Es utilizada para el tabaco, el cannabis y en ocasiones cocaína y heroína, los efectos se producen con gran rapidez ya que la droga pasa rápidamente al territorio arterial (Martínez y Rubio, 2002).

- Vía Esnifada

Se utiliza la mucosa nasal para la absorción de la sustancia, suele utilizarse preferentemente para la cocaína (Martínez y Rubio, 2002).

- Vía Inyectada

Puede ser subcutánea, intramuscular o intravenosa, la más frecuente es la intravenosa particularmente en los casos de administración de cocaína y heroína (Martínez y Rubio, 2002).

2.4 Clasificación de drogas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado las drogas agrupándolas según sus efectos, es decir, según induzcan pautas de comportamiento similares en los consumidores. Según esta definición, consideramos como drogas, tanto a las de uso legal (café, tabaco y alcohol), como las de uso ilegal (marihuana, cocaína, clorhidrato de cocaína, PBC, heroína, etc.) (Roca, Aguirre y Castillo, 2001)

Es evidente la necesidad por razones metodológicas y didácticas de las clasificaciones.

La primera clasificación clínica de las drogas fue formulada por Lewin en 1924, la cual constituyo el punto de partida para muchos autores. (Martínez y Rubio, 2002).

Distinguía los siguientes cinco grupos:

1. Eufórica. Calmantes de la actividad psíquica. Opio, morfina, heroína, cocaína. Estas drogas producen en el sujeto un estado de bienestar físico y psíquico.
2. Phantástica. Alucinógenos, mezcalina, cannabis. Son las que deforman las sensaciones.
3. Inebrantia. Sustancias embriagantes: éter, cloroformo, alcohol. Tras una primera fase de excitación cerebral dan lugar a una depresión de dicha excitabilidad.
4. Hipnótica. Inductores del sueño: barbitúricos, bromuro, cloral.

5. Excitantia. Estimulantes psíquicos: cafeína, nuez de cola, cacao, te, tabaco, arsénico. Estas drogas procuran un estado de estimulación cerebral subjetivo

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica las drogas en 9 rubros:

- 1) Tipo de Alcohol: bebidas alcohólicas de cualquier clase.
- 2) Tipo de anfetamina: anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina, metilfenidato y fenmetracina.
- 3) Tipo de Barbitúrico: barbitúricos y algunos otros fármacos de efectos sedantes como el hidrato de coral, el clordiacepóxido, el diazepam, el meprobamato y la metacualona.
- 4) Tipo de Cannabis: preparación del *Cannabis sativa* como marihuana, ganja y hachís.
- 5) Tipo de Cocaína: cocaína y hojas de coca.
- 6) Tipo de Alucinógenos: dimetilriptamina (DMT), lisérgica (LSD), mezcalina, peyote, psilocibina y estramonio.
- 7) Tipo de Khat: preparaciones de *Catha edulis* Forsk (Arbusto de Arabia y Etiopia, masticado produce una agradable excitación que permite combatir la fatiga, el sueño y el hambre).
- 8) Tipo de opiáceos: opio, morfina, heroína, codeína y productos sintéticos con efectos morfínicos como la metadona y la petidina.
- 9) Tipo de Solventes Volátiles (producto de inhalación): tolueno, acetona, gasolina y tetracloruro de carbono, e igualmente ciertos analgésicos como el éter, cloroformo y el óxido nítrico

Otra clasificación de Sustancias Psicoactivas realizada por Becoña (1995)

1. Por sus efectos en el Sistema Nervioso Central:

A) Estimulantes: estimulan el SNC, producen efectos energizantes en los músculos, incrementa la confianza en sí mismo y la ansiedad por actuar, produce euforia.

Variedades: clorhidrato de cocaína, PBC, anfetaminas, pastillas para adelgazar, cigarrillos y café.

B) Depresores: deprimen el SNC, disminuyen el ritmo cardiaco, disminuyen el ritmo respiratorio, disminuyen la coordinación muscular y la energía corporal, embota la mente y los sentidos, produce torpeza motriz.

Se divide en:

- Alcoholes: cerveza, licores, vino.
- Sedantes: hipnóticos, barbitúricos, valium, xanas.
- Opiáceos y opioides: opio, heroína, codeína, metadona.
- Otros: anticonvulsionantes, relajantes musculares, antihistamínicos, etc.

C) Alucinógenos: llamados también sustancias psicodélicas, estimulan o deprimen el SNC, distorsionan la percepción induciendo a delirios y alucinaciones, bloquea el razonamiento y la lógica, intensifica las sensaciones, altera el estado de ánimo y las emociones.

Variedades: marihuana, LSD, (dietil-amida del ácido lisérgico), drogas de diseño (heroína diseñada, psicodélicos diseñados, éxtasis) peyote, mezcalina, algunos hongos y cactus.

D) Inhalantes: generalmente deprimen el SNC, son sustancias gaseosas o líquidas, las cuales son absorbidas a través de los pulmones, dañando rápidamente los pulmones, hígado, riñón y cerebro; eventualmente producen alucinaciones, sueño y estupor; en dosis bajas produce excitación, impulsividad y confusión mental.

Variedades: terokal, gas Inhalantes, goma industrial, químicos para lustrar zapatos, disolventes que tienen gasolina, pinturas metálicas, aerosoles para el cabello, etc.

2. Por su condición legal:

- a. Legales: son aquellas que pueden ser adquiridas o vendidas legalmente como: alcohol, tabaco, café, etc.
- b. Ilegales: son aquellas cuyo uso y adquisición no tiene legalidad y por ello hay restricciones; por ejemplo: PBC, clorhidrato de cocaína, heroína, éxtasis, marihuana, etc.

3. Por el contexto cultural:

- a. Sociales: son aquellas drogas que por su legalidad son adquiridas y consumidas socialmente, por ejemplo: alcohol, tabaco, etc.
- b. Industriales: son aquellos medicamentos sean analgésicos o tranquilizantes, es decir son drogas de uso terapéutico.
- c. Folklóricas: están asociados a las tradiciones culturales y costumbres. Tenemos: hoja de coca en forma de mate o chacchado, alucinógenos como: Ayahuasca y Floripondio.

4. Por el tipo de sustancia psicoactiva:

- a. Alcohol
- b. Tabaco
- c. PBC
- d. Clorhidrato de cocaína
- e. Marihuana
- f. Heroína

5. La siguiente clasificación fue hecha por Kramer y Cameron, (1975) en su manual sobre dependencia de las drogas. Esta clasificación se hizo basándose en los criterios de peligrosidad:

- Mayor peligro: las sustancias que crean dependencia más rápido y las más tóxicas.
- Menor peligro: las sustancias que crean dependencia menos rápido, las menos tóxicas y las que solo crean dependencia psicosocial.

6. Clasificación de las drogas Duras/Blandas

En esta clasificación las drogas se agrupan según su potencial farmacológico, basado en la peligrosidad en producir dependencia.

Las drogas duras se caracterizan por un síndrome de abstinencia violento y alto grado de tolerancia. Según la OMS, las duras son en primer lugar heroína y morfina (opiáceos), barbitúricos y alcohol, seguido de cocaína y anfetaminas.

Las drogas blandas son las que normalmente no causan dependencia física, el consumidor puede dejar de tomarla sin sufrir graves trastornos corporales (Massun, 1991).

7. Clasificación de las drogas por Origen

Con respecto a su origen, se pueden distinguir las drogas naturales (las que aparecen de forma espontánea en la naturaleza, en general hongos o vegetales) de las sintéticas (aquellas que requieren de procesos físicos o químicos para su preparación). El uso de plantas con fines embriagantes, rituales o terapéuticos es tan antiguo como la propia Humanidad (Massun, 1991).

Pero la distinción entre lo natural y lo sintético no es tan sencilla: por un lado para obtener determinadas sustancias es necesario usar procesos físicos o químicos (p. ej.: la obtención de la cocaína a partir de la hoja de coca, la extracción del hachís a partir de la marihuana). Pero además muchas drogas de las llamadas sintéticas (como la LSD o el éxtasis/MDMA) tienen sus precursores inmediatos en productos de origen vegetal (Massun, 1991).

8. Clasificación de las drogas Psicotrópicas.

Los tres grupos de drogas Psicotrópicas son:

- 1) Psicodélicos (depresores del SNC), alcohol, sedantes (barbitúricos y tranquilizantes), los narcóticos (opio, morfina, heroína y codeína) y las sustancias volátiles o inhalables (que también se pueden considerar alucinógenas).
- 2) Psicotónicos (estimulantes del SNC), como son anfetaminas, cocaína, tabaco y cafeína.
- 3) Psicodislépticos (perturbadores del SNC) que incluye alucinógenos (LSD, Mezcalina, Psilocibina), cannabis (marihuana), esta última es ambivalente, estimulante y tranquilizante pero puede provocar también distorsión sensorial y en casos raros alucinaciones (Massun, 1991).

Tomando en cuenta estas clasificaciones, ahora se explicarán las drogas alucinógenas, desde una revisión histórica hasta los síntomas físicos, psicológicos y neurológicos que causan en el consumidor.

2.5 Drogas Psicodélicas

Las drogas alucinógenas o también conocidas como drogas psicodélicas son sustancias químicas que afectan el procesamiento cerebral y el comportamiento del sujeto, debido a cambios temporales de la conciencia. En el encéfalo estas sustancias se unen a los receptores sinápticos y entorpecen o incitan ciertas reacciones. Con ello alteran profundamente el sistema de comunicación encefálica y afectan los procesos cognitivos o mentales del sujeto, algunos de estos procesos pueden ser la percepción, memoria, estado de ánimo y conducta (Gerrig & Zimbardo, 2005).

Las drogas alucinógenas han desempeñado un papel sumamente importante en la vida humana durante miles de años. Las diferentes culturas que se encuentran desde los trópicos hasta el ártico han implementado diferentes

rituales (inducir estados de aislamiento de la realidad, precipitar “visiones”, expansión de la consciencia, etc.) usando las plantas específicas las cuales contienen compuestos químicos, como la mezcalina, la psilocibina y la ibogaina (Gerrig & Zimbardo, 2005).

Ahora bien el consumo continuo de una droga crea tolerancia de modo que el sujeto cada vez va requiriendo mayores dosis a menor tiempo de espera para poder alcanzar el mismo efecto placentero. Junto con la tolerancia se encuentra la dependencia fisiológica, un proceso en el que el cuerpo se adapta por lo cual se hace dependiente a las sustancias que se consume (Gerrig & Zimbardo, 2005).

Es importante destacar que cada vez que se ingiere o se toma una droga alucinógena, sus efectos son imprevisibles en todo momento, variando desde las alucinaciones, el alejamiento de la realidad, la exaltación, hasta los movimientos violentos, las reacciones de pánico o los actos autodestructivos. Precisamente esta imposibilidad de prever o pronosticar los efectos constituye uno de sus mayores peligros tanto para el sujeto como para la persona que los rodea (De Zaragoza, 2003).

Después de la experiencia, el consumidor suele sentir un estado de ánimo muy bajo llegando a la depresión o todo lo contrario un estado de ánimo ansioso lo cual refuerza el estado de dependencia (De Zaragoza, 2003).

En muchas de las ocasiones las alucinaciones en pacientes reaparece espontáneamente, días y hasta meses después de la última dosis, a este fenómeno se le denomina Flash- back. (De Zaragoza, 2003).

Algunos tipos de drogas psicodélicas o mejor conocidos como alucinógenos se obtienen directamente a partir de diferentes plantas como son el peyote, la psilocibina, el ácido lisérgico, la bufotenina extraída de las secreciones de la piel de un sapo. Mientras que otras se fabrican de forma sintética en laboratorios como lo son el LSD, el polvo de ángel. (De Zaragoza, 2003).

Hasta el momento se han identificado alrededor de un centenar de especies alucinógenas, entre plantas y hongos: sin embargo, también hay compuestos alucinógenos en el reino animal que fácilmente provocan la muerte por paro respiratorio después de la presentación de una intensa dilatación de las pupilas de los ojos, boca seca, ojos brillantes, alucinaciones intensas y pérdida gradual del conocimiento y de los diferentes procesos cognitivos. (Gerrig y Zimbardo, 2005).

En las últimas décadas los alucinógenos siguen presentes: el que tiene mayores índices de consumo por los jóvenes en la actualidad es el MDMA, o también conocido como éxtasis (Anónimo, 2015)

2.6 LSD

Es el alucinógeno del cual se tiene mayor información, consiste en la elaboración sintética o extracción del principio activo llamado dietilamina del ácido lisérgico el cual se encuentra en el hongo del cornezuelo del centeno, este principio fue descubierto por Hoffmann en el año de 1943 (De Zaragoza, 2003; De la Garza y Fuente, 2005)

Su consumo, que se desarrolló a finales de los sesenta, se asocia al contexto de una ideología contracultural. Aunque siempre ha estado presente en el mercado ilícito, su tasa de consumo presenta muchos altibajos (De Zaragoza, 2003).

El LSD se vende en la calle en forma de comprimidos, capsulas o en forma líquida ya que esta droga también puede ser administrada de manera intravenosa (Alper, 2008)

En su forma más pura, el ácido consiste en cristales transparentes. La forma más corriente de encontrarlo actualmente es impregnada en pequeños sellos de papel absorbente, ya que las dosis consisten en microgramos. Habitualmente se presenta en forma de hojas o laminas divididas en sellos, cada

una contiene algo más de cien sellos y cada sello mide unos cinco milímetros y llevan impreso una figura o diseño según la moda (De Zaragoza, 2003).

Los micropuntos son píldoras diminutas de color impregnadas en ácido; son menos comunes que los sellos. Miden de dos a tres milímetros de diámetro y pueden tener una gran variedad de colores. Por lo general contienen una alta dosis de ácido lisérgico, desde 25 microgramos hasta 150 microgramos, lo cual es suficiente para provocar en el consumidor un trastorno mental temporal o el equivalente a un colapso nervioso (De Zaragoza, 2003).

Los efectos de este tipo de drogas psicodélicas son imposibles de prever, ya que depende de la cantidad consumida, la personalidad del consumidor, el estado de ánimo en el cual se presenta en ese momento el sujeto y las expectativas que se tienen en el ambiente (Alper, 2008)

El consumidor siente los primeros efectos de la droga LSD a los 30 minutos de haberla consumido y pueden durar hasta doce horas. Entre los efectos físicos más comunes se encuentran: Dilatación de pupilas (midriasis), elevación de la temperatura corporal, aumento de los latidos cardiacos o taquicardia, aumento de la presión sanguínea, sudores, pérdida de apetito, insomnio, resequedad de garganta, temblores, debilidad muscular, náuseas, somnolencia, y sensación de vértigo (Alper, 2008)

A nivel psíquico algunos de los efectos más significativos que produce el LSD son: Reacción megalómana o sentimiento de fortaleza, depresión profunda con estados de ánimo de incapacidad y culpabilidad que pueden inducir al sujeto al suicidio, perturbación paranoica (sentimientos de persecución y angustia), confusión general, alucinaciones visuales, despersonalización, pánico, confusión y psicosis.

A nivel cerebral algunos de los efectos que provoca esta droga son los siguientes: Afectación en los niveles de serotonina en el cerebro al bloquear ciertos receptores de serotonina y estimular a otros. La serotonina es uno de los

químicos encargados de buenas sensaciones del cerebro, asociado con el temperamento, el balance emocional y la conducta durante el sueño.

La droga tiene un impacto fuerte en dos estructuras del cerebro en particular: la corteza cerebral, la cual regula el temperamento, la lógica, la razón y la percepción; y *el locus ceruleus*, el cual está ligado a la amígdala, al hipotálamo e hipocampo, entre otras zonas límbicas, y a las catecolaminas, difundidas por todo el córtex, el cual recibe e integra las señales sensoriales que provienen de todas partes del cuerpo (Ayub, 2012)

2.7 Mutilen-dioxi-metil-anfetamina (MDMA)

La MDMA fue elaborada en Alemania a comienzos del siglo XX, como un compuesto precursor para ser utilizado en la síntesis de otros fármacos. Durante la década de los setenta, algunos psiquiatras en los Estados Unidos comenzaron a utilizar la MDMA como una herramienta psicoterapéutica a pesar de que nunca se recibió aprobación de la Administración de drogas y alimentos de los Estados Unidos para ser usada en seres humanos. De hecho fue hasta finales del año 2000 cuando la Administración de drogas y alimentos de Estados Unidos permitió el primer ensayo clínico de la MDMA, el cual determinaba si se podía seguir usando esta droga con seguridad en dos sesiones continuas de psicoterapia, bajo condiciones de seguimiento riguroso para tratar el trastorno de estrés postraumático (National Institute on Drug Abuse, 2014).

No obstante, la droga logró tener una leve acogida entre un grupo de psiquiatras a finales de los años setenta y principios de los ochenta. Algunos de estos psiquiatras incluso llegaron a llamar a la MDMA como “la penicilina para el alma” ya que parecía mejorar la comunicación en las diferentes sesiones con los pacientes y se reportaba que permitía que los pacientes logaran un mejor entendimiento de sus problemas. Durante este periodo la MDMA comenzó a aparecer por primera vez en las calles lo cual ocasionó que en 1985 la Agencia

Estadounidense para el control de Estupefacientes prohibiera esta droga (NIDA, 2014).

El éxtasis o MDMA (metileno-dioxi-metil-anfetamina) es una droga de uso popular recreativo en nuestro país. El éxtasis se presenta al consumidor en forma de comprimidos de aspecto farmacéutico, cada pastilla contiene normalmente entre 50 y 100 mg de MDMA, que el usuario ingiere por vía oral o deposita debajo de la lengua. Con una menor frecuencia está disponible en forma de polvo para inyectar o inhalar (Chavarín, 2008).

El MDMA se absorbe a través del tracto gastrointestinal y su pico plasmático se alcanza a las dos horas de la ingesta. Su metabolismo es principalmente hepático, a través de la enzima CYP2D6 y su excreción es renal. La vida media de eliminación es de unas 8 horas, pero el organismo tarda hasta 40 horas en eliminar el 95% de la dosis absorbida, lo cual implica que el sujeto presente efecto secundario hasta dos días después de la ingesta (Chavarín, 2008).

Durante este proceso de metabolismo del MDMA, los primeros efectos que se experimentan en los consumidores son aproximadamente en una hora de haber ingerido una sola dosis.

Entre los efectos físicos con una dosis ordinaria se encuentran: Pérdida de apetito, náuseas, vómito, visión borrosa, movimientos rápidos e involuntarios de los ojos, taquicardia, aumento de la presión arterial, tensión muscular, aumento de la temperatura corporal (hipertermia), convulsiones, pérdida de la capacidad para percibir el cansancio, fuerte oclusión involuntaria de la boca (mordidas), deshidratación, fallo renal y fallo cardíaco (Volkow, 2013).

A nivel psíquico algunos de los efectos más significativos que producen el éxtasis o MDMA son: Ansiedad, inquietud, tristeza, euforia, paranoia, alucinaciones, sensación de mayor “claridad” mental o emocional y sentimientos de una falsa “empatía (Volkow, 2013).

A nivel cerebral algunos de los efectos que provoca esta droga son los siguientes: Aumento de la actividad cerebral en por lo menos tres neurotransmisores: la serotonina, la dopamina y la norepinefrina, la liberación de estos neurotransmisores de sus sitios de almacenamiento dentro de las neuronas, resulta en una mayor actividad neurotransmisora. La MDMA produce una mayor liberación de serotonina y una menor de dopamina (Volkow, 2013).

La serotonina es un neurotransmisor encargado en la regulación del estado de ánimo, sueño, dolor, emociones, apetito y otros comportamientos. La liberación excesiva de serotonina causada por la MDMA probablemente produce los efectos de elevación del estado de ánimo que sienten los consumidores. Sin embargo, al liberar cantidades grandes de serotonina, la MDMA disminuye significativamente las cantidades de este importante neurotransmisor en el cerebro, contribuyendo así a los efectos negativos posteriores en el comportamiento (Volkow, 2013).

Los estudios han demostrado que algunos consumidores crónicos de MDMA experimentan confusión, depresión y daño selectivo en la memoria de trabajo y en los procesos de atención, los cuales persisten largos periodos de tiempo (Volkow, 2013).

2.8 Psilocybe

Existe una amplia gama de hongos y hierbas medicinales, ricas en sustancias alucinógenas, que se emplean con propósitos místicos y medicinales y que pueden provocar síntomas neurotóxicos. Por sus condiciones climáticas, crecen especialmente en las áreas tropicales, donde han sido utilizados por culturas indígenas, con propósitos mágicos y medicinales. En la actualidad, su consumo se ha extendido por todo el mundo (Carod, 2005).

El cultivo de este hongo tiene una amplia distribución, se conoce en América, desde Estados Unidos hasta Argentina, en Asia, en Camboya, Filipinas, India, Tailandia y Vietnam y en Oceanía tanto en Australia, como en Tasmania, Nueva Zelanda, o las islas Fiji (Vega-Villasante *et al.*, 2013).

La zona donde se encuentra con mayor frecuencia estos hongos alucinógenos es en México y en particular en Oaxaca. Estos fueron empleados desde la época precolonial con fines rituales por los mayas, quienes los llamaban teonanácatl, que significa “hongo sagrado” (Carod, 2005).

El principio activo de estos hongos alucinógenos es la psilocibina (0-fosforil-4-hidroxi-N-dimetil-triptamina) que ingerida por el hombre se transforma mediante hidrólisis del resto fosfórico en psilocina (4-hidroxi-N-dimetil-triptamina). La psilocina es la variante defosforilada de la psilocibina y tiene una potencia alucinógena mayor. Estas dos sustancias son derivados naturales de la 4-hidroxitriptamina. La psilocibina se absorbe fácilmente de los hongos secos, frescos o sin hervir y su efecto puede durar de dos a cuatro horas (Carod, 2005).

La Psilocibina actúa de manera rápida en el organismo tras la ingestión y los efectos se manifiestan pasados unos 30 minutos, con una duración total entre 3 y 6 horas según la dosis (Serrano, 2009).

Los efectos físicos que crea la *Psilocybe* son: Dilatación de las pupilas, disminución de la presión arterial, bostezos, náuseas, gases, molestias abdominales, debilidad, escalofríos, vértigo, dolor de cabeza, boca seca, leves aumentos de la temperatura corporal, desorientación y confusión (Carhart-Harris *et al.*, 2012).

Los efectos psicológicos inducidos por la *psilocybe* son: Euforia, tranquilidad, lucidez o “claridad” mental, modificación de la percepción (el tiempo se ralentiza o desaparece, los colores brillan de forma diferente, los objetos se deforman, se perciben luces y sonidos extraños, se perciben diferentes visiones con ojos cerrados), estados de despersonalización, pérdida del control de sí mismo, etc. (Hasler *et al.*, 2004).

A nivel cerebral algunos de los efectos que provoca esta droga son: Una reducción del flujo sanguíneo en numerosas áreas subcorticales y corticales del cerebro. La Corteza Cingulada Posterior, la Corteza Cingulada Anterior y el

Tálamo experimentaron una fuerte reducción de actividad. Al mismo tiempo, el acoplamiento positivo entre la Corteza Medial Prefrontal y la Corteza Cingulada Posterior reduce significativamente durante los efectos de la droga (Carhart-Harris, 2012).

La red del cerebro más primitiva vinculada al pensamiento emocional se hizo más pronunciada, con varias partes de esta red como el hipocampo y la corteza cingulada anterior activas al mismo tiempo. Este patrón es similar a cuando las personas están soñando (Tagliazucchi *et al.*, 2014).

2.9 Ayahuasca

La ayahuasca es un brebaje psicotrópico de acción serotoninérgica cuyo uso principal es medicinal, religioso y social en las diversas zonas de la Amazonía, Colombia, Venezuela, Brasil, Perú y Bolivia (Jacques, 2002).

Este brebaje ha sido utilizado desde hace más de 5.000 años por los shamanes del Amazonas como un camino para obtener la expansión de la consciencia. El término ayahuasca es una palabra quechua que deriva de dos palabras: 'Aya' que significa "muerto, cadáver, cuerpo humano muerto" y la segunda palabra es Waskha, que significa "soga, laso, cuerda, cable trenzado o retorcido de materiales como lana, cabuya, paja o cuero" (López-Pavillard, 2008).

Algunas de las denominaciones que recibe esta planta a lo largo de la cuenca Amazónica son "natema", "Jurema", "cha" o "daime", "yagué". En la selva Peruana es conocida como "Ayahuasca" y llamada popularmente como "purga", esto debido a sus efectos eméticos y de limpieza (Palma, 2012).

La ayahuasca, también conocida como "vino de los muertos" es el resultado de la decocción de múltiples plantas, durante varias horas, actualmente, se conocen unas 100 especies botánicas pertenecientes al menos a 39 familias que han sido citadas como aditivos de la ayahuasca (Ott, 2006).

A pesar de lo dicho anteriormente, las plantas fundamentales para poder obtener la ayahuasca son las lianas de bejuco (*Banisteriopsis caapi*) la cual contiene una gran cantidad de inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), fundamentalmente harmina y harmalina, la segunda planta fundamental para la elaboración de la ayahuasca es la chacruna, el cual es un arbusto del género *Psychotria viridis*, el cual contiene una gran cantidad de dimetiltriptamina (DMT), el principal componente alucinógeno (Burillo-Putze *et al.*, 2013).

Los efectos se presentan 30 minutos después de ingerir la bebida los cuales se caracterizan por tres etapas:

En la primera etapa denominada purga entrarían los síntomas físicos de vómito y diarrea, esta primera etapa tiene como objetivo producir una limpieza y desintoxicación del cuerpo y el alma (Cárdenas y Gómez 2004).

La segunda etapa se caracteriza por tener efectos psicológicos como: Alucinaciones visuales, alucinaciones auditivas, alucinaciones táctiles, alucinaciones preceptuales, alucinaciones olfativas y alteraciones en la percepción del tiempo, espacio, de sí mismo y los demás (Cárdenas y Gómez 2004).

A nivel cerebral el compuesto que se encuentra en el tallo de la liana *B. caapi* es rico en los alcaloides betacarbolínicos harmina, harmalina y tetrahydroharmina (THH), que ejercen un efecto específico como inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa-A (MAO-A). Las hojas del arbusto *P. viridis* y de la liana *D. cabrerana* son ricas en el alcaloide alucinógeno DMT. Estos compuestos son estructuralmente muy similares a la serotonina (Mckenna *et al.*, 1986).

La eventual “invención” es considerada farmacológicamente sofisticada, debido a que la DMT, cuando es ingerida por vía oral, es destruida por la MAO presente en el tracto gastrointestinal. Al combinarla con un IMAO, como ocurre en el caso de la ayahuasca, la DMT no es destruida pudiendo llegar al cerebro y desplegar allí sus efectos psicológicos (Mckenna *et al.*, 1986).

En un estudio reciente que utiliza la técnica de neuroimagen SPECT, en el que la ayahuasca fue administrada a voluntarios sanos, la activación se produjo en las regiones frontales, específicamente en el frontal medio y la corteza circundante anterior. Dichas áreas están implicadas en la conciencia somática así como en el estado subjetivo de sentimientos y la activación emocional. Las áreas del parahipocampo, también involucradas en el procesamiento de la activación y memoria emocionales, fueron igualmente activadas (De Araujo *et al.*, 2012).

Este mecanismo de acción neurobiológica puede implicar que la ayahuasca permita al sujeto "viajar" a través de experiencias pasadas personales siendo consciente de emociones, pensamientos y memorias a las que es generalmente difícil acceder en el estado ordinario. Las áreas frontales también están implicadas en el comportamiento anticipador o de planificación y en el razonamiento abstracto, así que la activación de esas áreas puede ser la base para explicar las complejas y significativas experiencias cognitivas que ocurren bajo los efectos de la ayahuasca (De Araujo *et al.*, 2012).

2.10 Peyote

Consiste en una cáctea descubierta por los españoles en 1560 la cual aún sigue siendo hasta nuestras fechas la planta sagrada que rige la vida espiritual de los Huicholes (Batis y Rojas-Aréchiga, 2002).

Apoyándose en la evidencia de que en algunas piezas arqueológicas de hace 2000 años, encontradas en Colima, puede reconocerse algunas plantas alucinógenas, entre ellas al peyote. El antropólogo estadounidense Weston La Barre sostiene que algunas de estas plantas ya eran utilizadas por algunas culturas en la Edad de Bronce. Sin embargo, el etnólogo danés Cari Lumholtz, estima que el culto del peyote es aún más antiguo, indicando que su empleo se remonta a más de 7000 años, pues se han hecho diferentes hallazgos de los restos de esta planta que datan de esa edad (Batis y Rojas-Aréchiga, 2002).

El peyote, cuyo nombre científico es *Lophophora williamsii*, tiene varios nombres comunes en diferentes idiomas, entre los que se puede mencionar: peyote, peyotl, challote, cactus pudding, raíz del diablo, mescal, botón de mescal, peote, piote, tuna de tierra, whiskey cactus (Rojas, 2008).

El peyote consiste en un cactus de tamaño pequeño sin espinas cuyo ingrediente primordial activo es la mezcalina. La parte superior del cactus peyote, también conocida como corona, está compuesta por botones en forma de discos que se cortan de la raíz y se ponen a secar, estos botones generalmente se mastican o se remojan en agua para producir un líquido intoxicante el causante de diferentes síntomas en el cuerpo humano. La dosis alucinógena de la mezcalina es de alrededor de 0.3 a 0.5 gramos y su efecto dura alrededor de 12 horas (NIDA, 2014).

Algunos de los efectos físicos que se presentan tras consumir el pellote son: Aumento en la temperatura corporal, aumento en la frecuencia cardiaca, ataxia (movimientos descoordinados), sudoración profunda, dilatación de pupilas, temblores y náuseas.

Los efectos psicológicos inducidos por el peyote son: Síndrome psicótico, alucinaciones visuales, alucinaciones táctiles, alucinaciones auditivas, alteración en la percepción de tiempo y labilidad emocional.

Los efectos a nivel cerebral son inducidos por el componente principal del peyote denominado mezcalina, la cual está compuesta por una estructura química muy parecida a la noradrenalina y a la anfetamina, con lo que se produce una fuerte activación de la rama sináptica del sistema nervioso autónomo.

La mezcalina se suele ingerir por vía oral, lo que ocasiona importantes concentraciones en el tejido nervioso. Se trata de un alcaloide que no parece formar metabolitos antes de su excreción. Unas cuatro horas después de su ingesta produce un estado agudo psicotomimético con efectos prominentes sobre el sistema visual. Una sola dosis puede tener efectos que persistan 10 horas

después de su uso inicial. Sus efectos se caracterizan por la aparición de dos bloques claramente diferenciados:

1. Se presenta una amalgama de efectos relacionados con la activación simpática y psicomotora, la cual incorpora la inducción de ansiedad, hiperreflexia de las extremidades, etc.
2. Aparecen distorsiones en la percepción del espacio, tiempo y de colores, así como también alucinaciones visuales. Etc.

Se ha podido comprobar mediante la implementación de técnicas de neuroimagen funcional, que la mezcalina genera un patrón de hipofrontalidad con predominancia del hemisferio derecho. (Redolar, 2008).

2.11 Conclusiones sobre las drogas

Conocer la historia de las drogas desde el consumo de diferentes plantas alucinógenas hasta la elaboración de drogas alucinógenas más complejas y fabricadas únicamente en laboratorios como el LSD y la MDMA, ayuda a comprender y tener una visión objetiva de cómo a través del tiempo estas se han utilizado con la finalidad de encontrar estados placenteros, éxtasis místicos, modalidades de sangre y carne de dios hasta nuestros días en los cuales su uso en la mayoría de consumidores es únicamente recreativo. Es de esta manera como nos damos cuenta del cambio trascendental del uso diferente de las drogas y en especial las drogas alucinógenas.

Conocer también los diferentes síntomas físicos, psicológicos y neurológicos que ocasiona el consumo de drogas alucinógenas, permite comprender la manera en la que una droga determinada actúa para que haya un trastorno psicótico, haciendo que los alucinógenos desde un enfoque médico sean los causantes de un tipo de psicosis debido a una afección de la función cerebral y vistos desde un enfoque psicoanalítico son únicamente un detonante para la eclosión de una psicosis ya que existen diferentes factores de predisposición para

la formación de la estructura psicótica. Pero esto se verá detalladamente en el siguiente capítulo aspectos o consideraciones clínicas sobre la psicosis.

CAPÍTULO III Aspectos o consideraciones clínicas sobre la psicosis

3.1 Revisión histórica de la locura.

Es muy frecuente, que cuando se habla del concepto cultural de locura, se piense en una idea de desarreglo, por ejemplo, en muchas etapas de nuestra historia se han realizados múltiples hipótesis para poder identificar la etiología de la locura. Algunas de estas hipótesis se basan en la representación de lucha entre infierno y cielo, así como también en una etiología cultural, en una etiología cuerpo y alma, un desarreglo en la circulación del aire en el cuerpo.

En la edad antigua, entre los siglos VII A.C. hasta el siglo V D.C. Grecia y Roma consideraban diferentes formas para poder comprender la salud y la enfermedad del alma y del cuerpo, es así como surgieron variedad de escuelas y teorías. En el caso de la teoría de los humores reconocía que la salud descansaba en el equilibrio de la sangre, la flema, la bilis negra, la bilis amarilla; y un desequilibrio de estos humores era la causante de la enfermedad (Giraldo, 2008).

Otra escuela sumamente importante de aquella época es la denominada neumática, la cual tenía como fundamento el pneuma o espíritus que no era más que un producto refinado del aire el cual circulaba a través del cuerpo humano, generando salud y también enfermedad cuanto este no circulaba de forma equilibrada. La manera en la cual el medico podía medir la presión del aire en el cuerpo era a través del pulso sanguíneo (Giraldo, 2008).

En la edad media, teólogos y gente del común consideraron los problemas mentales como una posesión demoníaca, de tal forma que el exorcismo seria la terapéutica más utilizada (Giraldo, 2008).

Cuando se relaciona la locura con la palabra demonio, se refiere a que esta era causada por posesiones de demonios o por el control de los dioses y/o divinidades sobre el cuerpo (mente) que lo padecía. Se veía a la locura como un

castigo, una manipulación, una venganza de entidades sobrenaturales o no humanas, en la cual el sujeto era una víctima ajena en donde no tenía control alguno (Porter, 2002).

No obstante, la medicina de la época no estuvo a favor de este tipo de procedimientos, argumentando que la enfermedad se encontraba propiamente en el cuerpo, y por tanto es ahí donde el médico podía hacer su labor con todo su saber. Sobre todo porque el aun llamado loco fue considerado como paria, con una exclusión total de la sociedad, como un advenedizo sin suerte, apoderado de fuerzas malignas que debían ser derrotadas, inclusivamente con la muerte de quienes portaban dicho mal (Giraldo, 2008).

Y es que ese mal, a diferencia de la lepra, se volvió cosa médica con tanta rapidez, y corresponde exclusivamente al médico. En todas partes durante esta época se inventan tratamientos para la cura de la locura, desde el uso del mercurio, la aplicación de triaca, curas sudoríficas, etc. (Foucault, 1967).

En la época del renacimiento un objeto o método nuevo acaba de aparecer en el paisaje, el cual en muy poco tiempo ocupara un lugar privilegiado: es la Nef des Fous, mejor conocida como la nave de los locos, extraño barco ebrio que navega por los ríos tranquilos de Renania y los canales flamencos (Foucault, 1967).

Este objeto o método fue fácilmente adoptado por la sociedad ya que los miembros de dicha sociedad querían deshacerse de cierta manera de aquellas personas a las cuales se les denominaba locos, las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto; se les dejaba recorrer los campos apartados, cuando no se les podían confiar a un grupo de mercaderes o de peregrinos. Esta costumbre era sumamente frecuente en Alemania; en Núremberg, durante la primera mitad del siglo XV, se registró la presencia de 62 locos; 31 fueron expulsados; en los cincuenta años posteriores, constan otras 21 partidas obligatorias; ahora bien, todas estas cifras se refieren solamente a los locos detenidos por autoridades municipales. Lo que sucedía era que frecuentemente los locos eran confiados a

barqueros con la finalidad de que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad. Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre. Este prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas (océano), sólidamente encadenado a la encrucijada infinita. Es el pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. No se sabe en qué tierra desembarcará; tampoco se sabe, cuando desembarcará, de qué tierra viene. Solo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda (Foucault, 1967).

En lo que corresponde a la época del renacimiento en los siglos XV Y XVI, se comienzan a hacer notorias las dudas sobre las causas sobrenaturales y se comienza a vincular la idea de que las locuras son de origen fisiológico y cerebral. Esto implica que a la locura se le comenzó a ver ya como una enfermedad mental, la cual estaba ligada a un trastorno físico o somático el cual estaba ligado al cerebro (Giraldo, 2008).

Posteriormente en el periodo Clásico (siglo XVII y XVIII), comienza la creación de los manicomios, asilos y los hospitales generales. El objetivo de estos era tener al loco institucionalizado de tal manera que se pudieran ocultar en lugares que estuvieran dentro de la ciudad, muy diferente al periodo donde se ponía al loco en un barco. Estas instituciones se crearon para evitar que el enfermo mental anduviera deambulando por las calles, lo cual le daba al gobierno un control social. En este periodo se asume que el loco ha perdido todo control sobre sí mismo, lo cual además de no poder ser autosuficiente, lo convierte en un ser ilógico, incomprensible, desafiante y hasta peligroso (Giraldo, 2008; Porter, 2002).

Dentro de este tipo de establecimientos se ubican de manera conjunta y sin separaciones a enfermos, condenados de derecho común, jóvenes que eran un peso para su familia, vagabundos y ladrones. El internamiento está destinado a corregir, ya que si la locura significaba una vuelta a la animalidad dormida el único tratamiento que se vislumbraba como válido, no era otro que la doma (corregir a

base de superioridad, controlar y nunca buscando una idea de curación). De alguna manera la locura era vista como un espacio de libertad, consistía en salirse de las normas impuestas por la cultura (Foucault, 1967).

Posteriormente la locura como enfermedad mental es un resultado del encierro y puede diferenciarse claramente de la criminalidad, de la pobreza y de la mendicidad. En el siglo XVIII el internamiento indiscriminado ha llegado a su final y se han generado diferentes canales con el objetivo de mandar al lugar más adecuado y conforme a las características de los encerrados. Los criminales irán a la cárcel; los insensatos y alineados, al manicomio; los pobres e indigentes, a las fábricas o casas de trabajo y los enfermos al hospital (Foucault, 1967).

Es durante este proceso donde comenzara un dúo o una pareja que en nuestros días aún está sumamente marcado por la sociedad; médico-paciente, el psiquiatra y el loco, este dúo tiene una estrecha relación en la cual el paciente debe entregarse completamente al médico para poder tener una mejoría o sanación en su cura (Foucault, 1967).

Es entonces que el psicótico aparece así como el paradigma y heredero del viejo concepto cultural de locura, que como hemos visto en esta reseña histórica abarca cualquier manifestación sorprendente y por lo general disruptiva de los usos y costumbres que tiene una comunidad y un tiempo histórico de comprender el comportamiento, los sentimientos, la elaboración de la realidad y los diferentes valores, costumbres y ética con que actúan y viven los seres humanos (Baca, 2010)

3.2 Aspectos psiquiátricos

3.2.1 ¿Que es una psicosis?

Para Yodofsky *et al.*, 1999 es “un trastorno mental importante de origen orgánico o emocional, en el cual la capacidad de una persona para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y

conducirse apropiadamente está suficientemente deteriorada como para interferir gravemente con la capacidad para satisfacer las demandas ordinarias de la vida”

El término psicosis se definió en la real academia española, 2014 como:

1. Enfermedad mental.
2. Enfermedad mental caracterizada por delirios o alucinaciones, como la esquizofrenia o la paranoia.

3.2.2 Signos y síntomas.

Este tema es tratado ampliamente por Coover *et al.*, 1995, en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV) quienes indican los signos y síntomas de la psicosis y que a continuación se presenta:

- Esquizofrenia: se caracterizan por signos y síntomas presentes durante un periodo de 1 mes y una persistencia de signos durante al menos 5 meses, estos implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la efectividad, la fluidez y la productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Los síntomas anteriormente mencionados se conceptualizan en dos amplias categorías: los positivos que consisten en una excesiva distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos reflejan una amplia disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes) las cuales con creencias erróneas que habitualmente implican una inadecuada interpretación de las percepciones o las experiencias del sujeto, su contenido puede ser diverso como persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos. La percepción (alucinaciones) puede ocurrir en cualquier modalidad sensorial ya sea auditiva, visual, olfativa, gustativa o táctiles, pero las alucinaciones auditivas son, con mucho las más habituales y características en los pacientes con esquizofrenia. El lenguaje y la comunicación (lenguaje

desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico) puede manifestarse de varias maneras, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible de alguna parte del cuerpo o del cuerpo completo. Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo) este síntoma es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Otro síntoma negativo importante es la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) la cual se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías y en síntomas negativos también podemos encontrar frecuentemente el inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia) en el cual el sujeto se caracteriza por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin.

- Trastorno delirante: se caracteriza por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas, sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, el síntoma característico del trastorno delirante es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten al menos 1 mes. En los sujetos con este tipo de trastorno son frecuentes las ideas autorreferenciales, muchos otros sujetos desarrollan un estado de ánimo irritable o disfórico, puede haber accesos de ira o comportamiento violento, pueden presentar episodios depresivos mayores pero por lo general la depresión es relativamente leve.
- Trastorno psicótico breve: su duración persiste más de un día y remite antes de un mes, la característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que comporta el inicio súbito de, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Un episodio de esta alteración dura por lo menos 1 día pero menos de 1 mes. Los sujetos con este tipo de trastorno presentan o experimentan un gran desorden emocional o una confusión abrumadora, con rápidas alternancias entre distintos estados afectivos.

- Trastorno psicótico compartido: consiste en una alteración la cual se va desarrollando en un sujeto influenciado por otro que presenta una idea delirante de contenido similar, la característica esencial del trastorno psicótico compartido consiste en una idea delirante que se desarrolla en un sujeto implicado en una relación estrecha con otra persona (que suele denominarse como inductor o caso primario) que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes. El sujeto pasa a compartir las creencias delirantes del caso primario en parte o en su totalidad. El deterioro suele ser menor en el sujeto con el trastorno psicótico compartido que en el caso primario.
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica: los síntomas psicóticos presentes en este trastorno son debido a una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, las características esenciales del trastorno psicótico debido a enfermedad médica son las alucinaciones y las ideas delirantes que se consideran debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Las alucinaciones pueden ser de cualquier modalidad sensorial, pero es probable que ciertos factores etiológicos desencadenen fenómenos alucinatorios específicos.
- Trastorno psicótico inducido por sustancias: los síntomas psicóticos de este trastorno se dan debido a una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicina o la exposición a un toxico, la característica esencial del trastorno psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos fisiológicos directos de algunas sustancias ya sea una droga, medicamento o por exposición a un toxico. El trastorno psicótico inducido por sustancias se distingue de un trastorno psicótico primario teniendo en cuenta el inicio, el curso y otros factores como el tipo de sustancias. En cuanto a las drogas de abuso, tiene que haber pruebas de intoxicación o abstinencia en la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias solo se producen en asociación con estados de intoxicación o abstinencia. Los trastornos psicóticos pueden presentarse en asociación con la intoxicación por las siguientes clases de sustancias: alcohol, alucinógenos, anfetaminas y sustancias de acción similar,

cannabis, cocaína, fenciclidina y sustancias con acción similar, Inhalantes, opiáceas, sedantes e hipnóticas y ansiolíticos.

El inicio del trastorno varía considerablemente dependiendo de la sustancia.

- a. El trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones, de inicio durante la abstinencia, las alucinaciones vívidas, persistentes y desagradables aparecen poco después del cese o la reducción de la ingesta de alcohol, (en 48 horas). Este trastorno sólo se presenta después de ingestas prolongadas e intensas de alcohol.
- b. Los trastornos psicóticos inducidos por la intoxicación por anfetaminas y cocaína comparten características clínicas. Las ideas delirantes de persecución pueden aparecer poco después del consumo de anfetaminas o de simpaticomiméticos de acción similar.
- c. El trastorno psicótico inducido por la Cannabis puede aparecer poco después del consumo de cannabis y normalmente implica la presencia de ideal delirante de persecución. Las alucinaciones asociadas con la intoxicación por cannabis son poco frecuente excepto cuando se alcanzan niveles sanguíneos altos.
- d. Trastorno psicótico no especificado: Esta categoría de trastorno incluye una sintomatología psicótica sobre la que no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnóstico específico. Por ejemplo; ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

3.3 Aspectos psicoanalíticos

Han pasado muchos años desde que se inició la práctica psicoanalítica. Es sabido que el psicoanálisis es una teoría en constante construcción y como es de esperarse, se van replanteando, formulando y aumentando su aproximación al conocimiento de la estructura psíquica que tiene el humano, especialmente a los fenómenos inconscientes.

Las obras del creador del psicoanálisis Sigmund Freud hoy en día siguen siendo de gran importancia, no solo por sus antecedentes si no porque son de

gran validez para el conocimiento, la comprensión y la dinámica de la estructura psíquica de diferentes patologías.

En este apartado del trabajo de investigación, ya propuesto anteriormente, trataremos de abordar la estructura psíquica y los bordes que rodean a la psicosis, con ayuda de diferentes autores, como por ejemplo; Sigmund Freud, Jacques Lacan y Piera Aulagnier, haciendo un profundo énfasis sobre este último.

3.3.1 Sigmund Freud

Freud llega a proponer algo diferente de la psiquiatría, propone una teoría donde realce las consideraciones estructurales y propone una etiología totalmente diferente a la orgánica (Laplanche & Pontalis, 1996).

Freud aborda la idea de la defensa para poder dar una explicación a la psicosis, con lo cual se refiere en como el Yo rechaza o evita situaciones que para el sujeto parecen sumamente dolorosas, displacenteras o peligrosas (Evans, 2007).

Freud antes de 1923 ya había tenido algunas aproximaciones a la comprensión y entendimiento de las formaciones psicóticas (paranoia, amentia alucinatoria, melancolía, etc.) sin embargo el punto clave para que Freud pudiera explicar estas formaciones, fue con la formulación y creación de la segunda tópica del aparato psíquico, ya que a partir de esta se puede explicar que un conflicto puede darse entre instancias particulares (Ello, Yo y Súper YO) (Velásquez y Quiceno, 2011).

En neurosis y psicosis Freud (1923), describe las características que se tienen entre la realidad y la neurosis y psicosis, donde este primero no desmiente la realidad, si no mas bien se limita a no querer saber nada de ella; mientras que en la psicosis ocurre lo contrario, ésta la desmiente y procura sustituirla.

Velásquez y Quiceno en 2011, indican que Freud dio un papel etiológico a las frustraciones de los deseos pulsionales, lo cual da como resultado la eclosión de todos los tipos de psiconeurosis. Establece que el fenómeno patológico depende de la manera en como el Yo responde ante la tensión conflictiva.

En todo sujeto existe una representación sumamente dolorosa, pero una de las subyacentes establecida por Freud para la formación de una estructura psicótica es que; El Yo no cuente con la capacidad de soportar dicha representación y a modo defensivo esta es separada no solo de su afecto, como suele suceder en el caso de la histeria, las fobias o las obsesiones, si no que dicha separación sucede de un modo más extremo y con un alto grado de éxito, de tal manera que el Yo desestima la representación insoportable y se comporta como si nunca hubiera comparecido, lo cual llevara al sujeto a perder una parte de la realidad (Freud, 2005).

En la psicosis el Yo responderá avasallado por las pulsiones del Ello y cancelando su vínculo con la realidad, dando como resultado formaciones delirantes, puesto que la realidad es sumamente dolorosa para el sujeto, como si fuese una forma de encubrimiento de una herida, dichas formaciones delirantes ayudarán al sujeto a intentar reconstruirse, mientras que la realidad que queda en éste, es reconstruida a partir de pequeños fragmentos que el sujeto ha tenido con la realidad (huellas mnémicas, representaciones, juicios obtenidos, etc.) (Velásquez y Quiceno, 2011).

La ultima concepción del conflicto subyacente a la psicosis es, donde el Súper Yo (fuerza hiperexigente) obliga al Yo a alterar, cancelar o defenderse de todo tipo de relación con la realidad o con esa representación sumamente dolorosa e insoportable, dando como resultado que la psicosis se vea como una enfermedad de la defensa para el psiquismo (Velásquez y Quiceno, 2011).

En “La neuropsicosis de defensa” escrita por Freud (2012), hace una referencia sumamente importante: “Hay aún otra forma de la defensa mucho más enérgica y eficaz, consistente en que el Yo rechaza la representación intolerable

conjuntamente con su afecto y se conduce como si la representación intolerable no hubiese llegado jamás a él. En el momento en que esto queda conseguido sucumbe el sujeto a una psicosis que hemos de calificar de locura alucinatoria.

3.3.2 Jaques Lacan

Para el psicoanálisis la psicosis se trata de una estructura, y como tal se constituye en función de los efectos del lenguaje y responde a una secuencia temporal diacrónica. Jaques Lacan siguiendo los pasos de Sigmund Freud propone tres fases, una primera denominada prepsicosis, una segunda instancia que corresponde al desencadenamiento de los síntomas y una tercera fase que consiste en la estabilización del sujeto, la cual puede o no ocurrir (Urriolagoitia, 2012).

La propuesta principal de Jaques Lacan para la transmisión del estudio de la psicosis fue esta primera etapa que él plantea como prepsicosis, en donde se puede observar al paciente en un estado de estabilidad, siguiendo la rutina de su vida diaria, esta etapa puede o no eclosionar en un desencadenamiento de los síntomas, es en esta etapa donde Jaques Lacan hace dos diferencias conceptuales, la locura y la psicosis, puesto que un paciente con psicosis puede o no manifestar locura a través de delirios o alucinaciones pero no por esto deja de tener una estructura clínica psicótica (Urriolagoitia, 2012).

Abordar la psicosis desde un enfoque psicoanalítico Lacaniano implica comprender esta estructura como una posición subjetiva del sujeto en relación con la estructura del lenguaje, al Otro y a la Ley, y para tratar de comprender el funcionamiento y la constitución del aparato psíquico de dicho sujeto es necesario partir de un mecanismo propuesto por Freud como rechazo o expulsión y traducido al lenguaje Lacaniano como forclusión, “forclusión del Nombre del Padre” (Urriolagoitia, 2012).

Antes de iniciar a explicar la forclusión del Nombre del Padre se dará una breve revisión a la metáfora paterna donde Lacan denomina el término Nombre-

del-Padre. No se trata del padre biológico y tangible sino más bien a la acción significativa que este lleva. El cual funciona como un ordenador en el interior de un conjunto, por otro lado, estando afuera su función es fálica manteniendo con la ley que genera la consistencia del conjunto (Tendlarz, 2009).

Lacan hace una clara distinción entre paternidad biológica y simbólica, en esta última el padre nunca será el biológico o genitor, sino más bien el que tiene que ver con la dimensión simbólica del reconocimiento, el padre simbólico es prácticamente un padre muerto puesto que la forma de operar de este es como un símbolo y no como una figura paterna física y presencial (Tendlarz, 2009).

La metáfora paterna se hace presente en el momento que aparece el deseo de la madre, que no es ningún deseo, ni tampoco ninguna madre sino más bien una voluntad sin ley, una madre del capricho, Otro sin ley, un deseo enigmático para ese significado desconocido del sujeto, donde el significante del Nombre-del-Padre será un límite, una prohibición y el resultado de esta operación consistirá en darle una respuesta a ese significado desconocido por el sujeto, lo cual se traduce como una inscripción de la castración simbólica, la inscripción de la significación fálica (Tendlarz, 2009).

Y es así como la metáfora paterna del Nombre-del-Padre marca sobre el sujeto al falo como un significante del deseo, que al mismo tiempo provee una imagen identificadora hacia el falo deseado por la madre, es decir desde un ámbito simbólico el significante indica lo deseable y da lugar a las identificaciones imaginarias (Tendlarz, 2009).

Se habla del falo como una inscripción del significante del deseo que se da a través de la metáfora paterna del Nombre-del-Padre, a lo cual Lacan agregara el término "Verwerfung" o mejor conocido por su traducción como forclusión, el cual se ve como un mecanismo propio de la psicosis, que consiste en el rechazo o la no producción de una inscripción en el interior simbólico y que retorna en lo real como una alucinación (Tendlarz, 2009).

Cuando el psicótico no encuentra ese significante del Nombre-del-Padre que le ayudara a orientarse, es entonces cuando tendrá que remitirse a ese delirio que retornará en lo real, para poder darle un sentido a ese vacío existencial (Tendlarz, 2009).

Como resultado la psicosis carece de la estructura de la cadena significativa S1-S2 y cuenta con una estructura de cadena rota donde el significante jamás podrá ser simbólico, haciendo que ese significante retorne en lo real como fenómenos elementales que reeditan la estructura del significante forcluído (Urriolagoitia, 2012).

Los fenómenos elementales se pueden clasificar en tres grandes grupos:

- Los denominados fenómenos de autismo mental, estos consisten en la irrupción de voces las cuales vienen del Otro que le ordenan llevar acabo alguna acción al sujeto (Miller, 1997).
- El segundo tipo de fenómenos elementales en la estructura psicótica consisten en involucrar al cuerpo ya sea con una descomposición, un despedazamiento, de separación de partes, de extrañeza, es decir el psicótico ve el cuerpo el cuerpo entero o parte de este como algo que no le pertenece (Miller, 1997).
- Y por último el sujeto involucra fenómenos que conciernen al sentido y la verdad, es decir el sujeto cree tener la absoluta certeza y decir la verdad ante experiencias imaginarias, las cuales pueden ser de su identidad, su origen, hostilidades por parte de un sujeto como se da en el delirio de persecución, etc. (Miller, 1997).

3.3.3 Piera Aulagnier

A continuación se abordará al último autor y no por ello menos importante. Aulagnier en 1994, en su libro que lleva por nombre un interprete en busca de sentido, el cual explica que la formación del sujeto, no se inicia con la existencia de este, sino más bien siempre habrá algo que lo precede y ese algo, será de suma importancia para determinar el devenir del sujeto en la formación de su aparato psíquico.

Todo sujeto tomara un lugar en un mito familiar, cuya importancia se demuestra, de ser necesario, por el lugar que él ocupara en el fantasma fundamental de la familia, dicho lugar le es proporcionado por el discurso del Otro, el cual comienza a dirigirse no al sujeto, sino a la representación simbólica que encarna el sujeto en la familia (Aulagnier, 1994).

Esta es la primera ambigüedad fundamental que el discurso impone al hombre: el sujeto lleva un nombre elegido en función de ese lugar al que se encadena su subjetividad (esto se refiere al nombre con el cual se le llama al sujeto, no al nombre legal) al nombrarlo, lo que se designa es esto que se pone sobre él en cuanto a heredero significante y es en este momento donde sujeto sabe que pertenece y que tiene un lugar en la familia lo cual lo llevara a deducir su historia y de donde es que proviene (Aulagnier, 1994).

En casos de pacientes psicóticos, es muy frecuente escuchar en sus delirios como éste intenta ligar su existencia a una suerte prehistórica mítica, en una forma de reconstrucción delirante de los orígenes del mundo, como si a falta de encontrar su lugar en una historia familiar, el psicótico buscara un sentido a su ser, en un delirio (Aulagnier, 1994).

A continuación se tratara la relación madre-hijo, la cual comienza por una relación imaginaria al momento que la mujer se entera que está embarazada, en la que el sujeto no se ve representado por lo que en realidad es en esos momentos, un embrión en desarrollo, si no por lo que se le denomina cuerpo imaginado, que

consiste en ver o imaginar al embrión como un cuerpo completo, autónomo y sexuado con todos los atributos necesarios (Aulagnier, 1994).

En esta primera relación madre-hijo se atestiguará un hecho al cual se le denomina “la dimensión histórica materna” que consiste en la simbolización del discurso de la madre en torno a un significante dentro del orden de lo humano, pero al que debe de reconocer como preexistente e independiente de su propia existencia, lo cual llevara al sujeto a ser reconocido como un eslabón que viene a insertarse en una cadena significativa (Aulagnier, 1994).

Una vez dicha esta relación, se comenzará a explicar y entender la personalidad de la madre del psicótico. Lo que llama más la atención en ellas, es la particular relación que tienen con la ley, ya que no se considera alguien que ejerza la ley, sino más bien ella es la ley, en estas personas las reglas del juego jamás las han aceptado o lo que es peor jamás las han comprendido y esto se hace notar por una mal inserción o una exclusión en el orden de las leyes (Aulagnier, 1994).

Clínicamente la madre de los psicóticos no sufre de un trastorno psicótico, si es que sus defensas psíquicas le permiten una aparente adaptación a lo real. Al hijo se le percibe como un factor desencadenante de una brusca descompensación en el nivel de las defensas de la madre, ya que el embarazo puede ser la causa del retorno masivo de lo reprimido, dando como resultado una psicosis o volviendo psicotizante su relación madre-hijo (Aulagnier, 1994).

Lo cual explicaría por qué justamente la relación de la madre del psicótico con su hijo se concreta lo que es en ella, del orden de una perversión en el nivel de la ley y por otra parte le permite a esta hacer del cuerpo del hijo la defensa que acoge y fija toda irrupción de un reprimido mal atajado, lo cual daría como resultado una relación psicotizante madre-hijo pero evitando una psicosis en la madre (Aulagnier, 1994).

Dicho esto se observa que la madre representa al hijo como un “objeto orgánico”, “un soporte y medio de la demanda y ciertamente jamás del deseo”, un órgano sobreañadido que se desarrolla en ella y gracias a ella, lo cual evitara una especie de imposibilidad para cualquier representación imaginaria que dese tener el hijo (Aulagnier, 1994).

Normalmente la presencia del cuerpo imaginado permite un investimento libidinal del hijo como cuerpo separado, pero en este caso se convierte en un sobreinvestimiento narcisista, donde el hijo será una producción endógena, un significativo corporal no simbolizable (Aulagnier, 1994).

Narcisistamente lo que es investido en el embrión es el significativo “omnipotencia materna” lo que implica para el hijo, por parte de la madre una castración masiva, que se refiere, a que todo lo que en su cuerpo recuerde el aporte materno esta negado, anulado y en primer lugar todo lo que podría hacer recordar que el es el fruto de una unión sexual, que como ser sexuado es también hijo del padre (Aulagnier, 1994).

Posteriormente al momento del nacimiento ya no se entablara más la relación con el objeto imaginario, ahora más bien será con el cuerpo real, es decir ese montaje físico muscular que le ofrecerá a la madre la confirmación de su papel como creador único y omnipotente. En un plano de la dinámica libidinal este cuerpo real se verá por parte de la madre como una prolongación de su narcisismo (Aulagnier, 1994).

Por ello el parto corre el riesgo de ser vivido como una experiencia de duelo, la perdida insoportable de este objeto investido narcisistamente, lo cual en la madre de los psicóticos acarrearía lo que se muestra como una psicosis puerperal, la única solución que se tiene para no caer en esta psicosis es ponerle al recién nacido real, el papel funcional del embrión. Esto quiere decir el seguir siendo testigo de la excelencia y omnipotencia de la función materna (Aulagnier, 1994).

La libido con la que madre invistió al objeto imaginario y ahora real, viene narcisistamente a reforzar su ideal de la función materna, cuando se da cuenta de la excelencia y el buen funcionamiento de los órganos del recién nacido, los cuales están ahí para asegurarle que continua siendo la única omnipotencia (Aulagnier, 1994).

Antes de ser un cuerpo despedazado, el hijo es un cuerpo hecho de pedazos: ya que solo fragmentado, es como puede seguir siendo testigo de la ley materna, separado espacialmente de la madre pero con una ligadura indisoluble ante ella, lo que le permite tener un buen estado físico y un adecuado funcionamiento, sin dejar de lado que quien controla verdaderamente esto es la madre (Aulagnier, 1994).

Lo que surge en el espejo al momento de que el sujeto se observa, es esa imagen en la cual se ve como cuerpo entero, autónomo e independiente del Otro, capaz de hacerlo desaparecer y aparecer a nuestra voluntad ya sea para uno mismo o para el otro, en la medida en que se reconoce lo que se ve reflejado en el espejo como propio, se garantizara un conocimiento de nuestro cuerpo (Aulagnier, 1994).

Posteriormente al asumir el cuerpo imaginario como nuestra propia imagen, se volcara hacia el la energía, la libido, convirtiendo así ese cuerpo en el yo ideal, el cual vendrá a ser el soporte narcisista del sujeto, asegurándose que nuestro cuerpo existe como cosa diferente y autónoma del cuerpo del Otro (Aulagnier, 1994).

Para llevar a cabo esta acción es de suma importancia la ayuda de Otro, ya que a través del Otro es reconocido el cuerpo imaginario que lo precedió. Como se ha escrito anteriormente la madre del psicótico ve a este cuerpo imaginario como un ensamblaje de órganos lo cual llevara al sujeto a observarse frente al espejo como en su realidad es visto por el Otro, ensamblaje muscular unido, mantenido y articulado por los brazos que lo aprisionan o por el aparato que lo contiene con vida (la madre) (Aulagnier, 1994).

Lo que se observa en el espejo dejara al sujeto horrorizado, puesto que es más el Otro como agente de castración y el como un lugar de esta castración, sujeto castrado el cual nunca pudo ser reconocido en su autonomía de ser deseante, de poder encontrar sus gustos, es esto a lo que el autor le llama cuerpo fantasmático (Aulagnier, 1994).

El primer objeto que aparece en la vida de todo sujeto es el pecho de la madre, el cual trabajara como vía para obtener la primera experiencia con el otro, esta primera relación significativa podría traducirse con el binomio boca-pecho, lo cual permite la toma de conciencia de una parte de sí mismo y la dimensión del exterior (Aulagnier, 1994).

El pecho se convierte para el sujeto en un significativo (imagen del cuerpo) a partir de que existe una boca para reconocerlo y recibirlo como tal, lo cual posteriormente la vía significativa tomara un sentido inverso, es decir, lo que cambiara y evolucionara no es el significativo si no su soporte simbólico, que dará como resultado una imagen corporal, una encarnación, una identificación (Aulagnier, 1994).

Ahora bien, cuando el sujeto se ve frente a la ausencia de este primer objeto deseado, el cual satisface las necesidades y el deseo del infante, aparecerá una respuesta por parte de éste, llamada alucinación del significativo, la cual se observa cuando el niño cree estar succionando el pecho de la madre (Aulagnier, 1994).

Esta alucinación del infante trabaja a nivel psíquico con el mecanismo de introyección, el cual busca la negación del objeto como exterior a sí mismo, es decir, el pecho del otro lo ve y lo siente como suyo, lo cual tiene un efecto desintegrador a nivel del objeto y del Yo del sujeto, lo que hace imposible para el sujeto reconocer a cuál de los dos cuerpos pertenece (Aulagnier, 1994).

Esta ambigüedad espacial estará presente en todo objeto parcial que tenga relación con el sujeto, que se encuentre entre el Yo y en no Yo, donde el Otro

seguirá siendo una fuente primordial para proporcionar placer sobre el cuerpo del sujeto (Aulagnier, 1994).

Para desinvertir estos objetos parciales y encontrarnos con nuestra imagen unificada y autónoma es necesario que entre en juego el Yo ideal, el cual como se ha visto al recorrer esta lectura, el sujeto psicótico no cuenta con este apoyo lo que causara esta falta primaria, este vacío libidinal especular, lo que determinara esa fractura insuperable entre el YO y el cuerpo que lo soporta (el Otro) (Aulagnier, 1994).

Y es así como esta imagen que aparecerá en el espejo en la cual se ve reflejada ese lugar de castración, esa imposibilidad de identificación, ese yugo que bloquea al sujeto para siempre en el estadio de la demanda lo que formara la originalidad y la especificidad de toda estructura psicótica (Aulagnier, 1994).

Solamente si el sujeto es capaz de mantener el mayor tiempo posible la demanda oral, puede escapar de ese cuerpo inaceptable y para llevar a cabo esta demanda es sumamente importante el apoyo de la madre, el hacer que en su relación el infante demanda por el sí o por el no del Otro y jamás dejar que el niño llegue a desear, ya que si esto sucede jamás se podrá saber si verdaderamente se ha respondido al deseo con una respuesta gratificante o frustrante (Aulagnier, 1994).

La función de la madre del psicótico sobre el infante que quiere dar a conocer esta demanda oral en la cual va incrustado el deseo de este, es actuar de tal forma que el fin supremo de la respuesta sea el de adelantar toda demanda, es decir la madre responde de tal manera que el sujeto no sea capaz de reconocer su propio deseo (Aulagnier, 1994).

A continuación se abordara el Ideal del yo en sujetos psicóticos, el cual definitivamente no es más estructurante. El Ideal del yo no es más que el sujeto en tanto significativo del Otro, en este punto la madre le ofrece una visión y una

percepción distorsionada al infante al ponerse ella como “ser su ley tanto que fuera de la ley” (Aulagnier, 1994).

Visto desde la función del Otro, el sujeto solamente es una parte de un conjunto de cosas de la cual el Otro podrá disponer a su gusto de tal manera que el fin supremo de este conjunto le haga ganar. Pero el sujeto como parte de este conjunto de cosas nunca será capaz de comprender absolutamente nada de lo que lo constituye (Aulagnier, 1994).

“Él es el significante del Otro, tal vez un significante para los otros, pero un significante que no tiene la mínima referencia para reconocerse y nombrarse” (Aulagnier, 1994).

3.4 Conclusiones sobre psicosis.

Los problemas que se dan a conocer en este capítulo sobre la psicosis hablan sobre dos posturas sumamente diferentes, por un lado tenemos la psiquiatría y por otro lado tenemos la postura psicoanalítica. Donde la primera menciona que existen diferentes tipos de psicosis las cuales tienen su origen en el propio cerebro, ya sea por una enfermedad o lesión cerebral u otra afección causante de disfunción cerebral como por ejemplo la ingesta de sustancias que provoquen una intoxicación o abstinencia en el sujeto, y por otro lado la postura psicoanalítica la cual se basa en que la etiología de la psicosis es consecuencia directa de acontecimientos vitales que se dan en el transcurso de vida del sujeto y su ambiente familiar, dichos acontecimientos se dan primordialmente en la infancia, ya que en esta etapa es cuando el niño se encuentra atado al Otro, a sus demandas y deseo y conforme se va formando una estructura subjetiva en este, es posible que vaya identificándose y a la vez separándose del Otro.

Pero también es cierto que puede haber una relación entre estas dos posturas, ya sea que el sujeto tenga factores de predisposición por ejemplo una madre sumamente demandante la cual se dé a conocer ante este sujeto como su única e indispensable ley y que debido al consumo de sustancias la psicosis

detone, o por otro lado sería que el consumo de sustancias sea el único factor para que se forme una psicosis debido a algún daño cerebral ocasionado en el sujeto.

Y por último para cerrar esta síntesis es muy importante observar el desencadenamiento y tipo de psicosis, porque aunque es cierto que ciertas drogas y principalmente las psicodélicas son causantes de alucinaciones y síntomas psicóticos, se debe definir si esta patología queda establecida en el sujeto aun pasada la intoxicación y la abstinencia y si llega a ocurrir algún daño a nivel cerebral, si no de otra manera se podría decir que dicha psicosis únicamente detono por las drogas pero existían diferentes factores de predisposición que se encontraban inactivos gracias a un soporte elaborado por el sujeto.

Capítulo IV Drogas y psicosis

4.1 Drogas y psicosis desde un enfoque psiquiátrico.

La psicosis por consumo de sustancias ha cobrado especial importancia en nuestros días, volviéndose un grave problema de salud, que ocupa el segundo lugar de atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, de la Secretaría de Salud. De las 15 mil consultas que se atienden anualmente, 3.8 % corresponde a este tipo de alteración (Díaz, 2010).

Con respecto a estos datos se pueden plantear tres diferentes hipótesis con relación a las drogas y la psicosis: a) son las causantes de la enfermedad; b) pueden precipitar o exacerbar los síntomas de la psicosis; c) pueden exacerbar los síntomas de la psicosis (Sanjuán, 2010).

Marco Antonio López Huitrón, director del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, explicó que la psicosis es provocada por el consumo de alcohol, alucinógenos, marihuana, anfetaminas, cocaína e inhalables, entre otros; que se manifiestan de manera inicial con cuadros de demencias, delirium, disfunción sexual y alteraciones de sueño. Indicó que los síntomas pueden aparecer en el mes siguiente de una intoxicación con cualquiera de las sustancias antes mencionadas; sin embargo, es común que éstas se presenten las primeras 48 horas de haber hecho uso de alguna sustancia adictiva (Díaz, 2010).

La función de las drogas sobre el cerebro se da a partir de que las sustancias químicas que estas contienen penetran en el sistema de comunicación interfiriendo con la manera en que las neuronas normalmente envían, reciben y procesan la información (Volkow, 2013).

En diferentes estudios patológicos de investigación sobre la psicosis se describen diversas alteraciones macroscópicas y microscópicas muy sutiles en diversas estructuras cerebrales, como por ejemplo una reducción de volumen o bien de la cantidad de células o desestructuración en muchas áreas del sistema

límbico, el hipocampo, las amígdalas, la circunvolución parahipocámpica y el cíngulo. Pero también en regiones funcionalmente importantes, tanto como corticales (corteza prefrontal) como subcorticales, especialmente en el tálamo (Sánchez-Pedreño y C. E. S, 2010).

A continuación se explican algunas de las áreas afectadas por ciertas drogas ya mencionadas anteriormente: La función del LSD a nivel cerebral consiste en afectar los niveles de serotonina en el cerebro y tiene un gran impacto en dos estructuras cerebrales: la corteza cerebral y el locus ceruleus, el cual está ligado a la amígdala, al hipocampo e hipotálamo, entre otras zonas límbicas y por último a las catecolaminas difundidas por todo el córtex, el cual recibe e integra las señales sensoriales que provienen de todas partes del cuerpo (Ayub, 2012).

Como se explica anteriormente la función de la psilocybe a nivel cerebral consiste en la reducción del flujo sanguíneo en numerosas áreas subcorticales y corticales del cerebro, a su vez la corteza cingulada posterior, la corteza cingulada anterior y el tálamo experimentan una fuerte reducción de actividad. Así como también la actividad en la red más primitiva del cerebro vinculada al pensamiento se ven afectadas al hacerse más pronunciada y activarse al mismo tiempo diferentes partes de esta red como el hipocampo y la corteza cingulada anterior (Carhart-Harris, 2012; Tagliazucchi *et al.*, 2014).

Comparando la acción a nivel cerebral que tienen estas drogas alucinógenas con los diferentes estudios que dan a conocer hallazgos neuropatológicos a través de neuroimagen que se dan en la psicosis es posible detectar una relación en cuanto a la afectación cerebral de diversas áreas del cerebro por ejemplo zonas límbicas, amígdala, hipocampo, entre otras.

A nivel de neurotransmisores se han detectado diferentes irregularidades implicados en la fisiopatología de la psicosis, primordialmente los neurotransmisores implicados en la psicosis son las de tipo de las monoaminas que consisten en dopamina, norepinefrina, epinefrina y serotonina. Estos

neurotransmisores también se ven afectados en el sujeto tras la ingesta de sustancias alucinógenas como el LSD y la MDMA (Sparrow,1999).

La hipótesis de la dopamina sostiene que los síntomas positivos o visibles de la esquizofrenia (tipo de psicosis) son ocasionados por la hiperactividad de las sinapsis dopaminérgicas, principalmente en el sistema límbico. Los receptores para la dopamina D2 y D4 tienen una participación importante ya que la densidad de los receptores D4 se ha encontrado elevada hasta en 600% y se ha visualizado una concentración elevada de dopamina D2 en ciertas estructuras cerebrales, ésta liberación tan aumentada de dopamina se ha visto que produce síntomas característicos de la fase activa de la esquizofrenia (Sparrow, 1999).

4.2 Drogas y psicosis desde un enfoque psicoanalítico.

En diferentes estudios podemos encontrar varias hipótesis que intentan dar una explicación a estas dos variables: Drogas y Psicosis. En este apartado se considerarán dos hipótesis: Las drogas como una forma de enganche a ese goce solitario que le permitirá al sujeto alejarse del desencadenamiento de la psicosis y las drogas como un factor detonante de los fenómenos elementales de una estructura psicótica.

Durante los últimos años, esta problemática de las locuras que no desencadenan se ha ampliado con una intención dentro de la clínica psiquiátrica, ampliar el número de consumidores de neurolépticos y otros psicofármacos con la finalidad de que esos jóvenes un tanto raros para la sociedad y candidatos para el desencadenamiento de la psicosis, prevengan la eclosión de los síntomas psicóticos, pero únicamente como una forma de prevención a nivel cerebral (Álvarez *et al.*, 2008)

Mientras que el psicoanálisis Lacaniano apelando a los fármacos e inclinándose más hacia el sujeto psicótico promueve la noción de “psicosis ordinarias” en donde existen sujetos que debido a un enganche no presentan

ninguna crisis psicótica (pre-psicóticos) y quienes habiéndose desencadenado logran reequilibrarse mediante estabilizaciones o suplencias (Álvarez *et al.*, 2008).

En estudios realizados por Pauline Bernard y colegas se describe la aparición o la eclosión de diferentes fenómenos elementales de la psicosis en personas que habían sido privadas por tratamiento de sustitución después de años o decenios de práctica toxicómana, este es un claro ejemplo de un enganche hacia la droga. Las declaraciones de estos sujetos dejaron ver que esta práctica encubría dificultades pertenecientes al campo de la psicosis, sin un desencadenamiento típico (Miller y otros, 2003).

En términos de sintomatología, estos sujetos eran capaces de permanecer asintomáticos durante todo el periodo de intoxicación debido a la formación de un enganche hacia las drogas, este enganche se puede observar como los efectos ansiolíticos y neurolépticos de las sustancias tóxicas, así como también los diversos elementos simbólicos que estos le dan a la droga para hacerse cargo de las contingencias que presenta la vida y la solución identificadora que autoriza con la imposición del significante toxicómano en el campo social (Miller y otros, 2003).

Es de esta manera que los enganches en pacientes psicóticos sirven como forma de suplencia de la metáfora paterna Nombre-del-Padre elaborando una significación fálica la cual no opera adecuadamente en estos sujetos, haciendo que ésta suplencia anude o enganche los registros; Real, Simbólico e Imaginario permitiendo al sujeto hacer un lazo social, volver a establecer un lazo al Otro (Tendlarz, 2009).

Dicha suplencia a través de las drogas crea un lazo social permitiendo que el sujeto entre en un grupo consolidado alrededor de la ingesta de drogas. El primer objetivo que se busca supuestamente al formar parte de este grupo es encontrar ideales e identificaciones estabilizadoras, pero inconscientemente el objetivo verdadero es la ingesta de las drogas para poder liberarse de los límites del goce fálico y poder apelar al goce Otro, en el cual el goce no está limitado como en el primero. Lo que concierne en el sujeto psicótico como se ha visto la ley

de castración del deseo es desfalleciente, el falo simbólico no se encuentra en su lugar por lo cual el sujeto experimenta conscientemente un desborde de satisfacción pero aun así limitado lo que llevara a éste a la espera de acceder al Otro goce (Sánchez, 2005).

La segunda hipótesis viene de la idea de que las drogas son capaces de volver loco a un sujeto, lo cual podría ser posible debido a dos factores, el primero como se vio anteriormente la droga funciona como una suplencia y si se quita esta suplencia se crea una ruptura en el enganche produciendo fenómenos elementales o síntomas propios de la psicosis y como segundo factor se encontraría a la droga como ese objeto en lo real que permite la liberación de un goce ilimitado sobre el sujeto, el cual será sumamente angustiante provocando de esta manera el desencadenamiento de la psicosis (Sánchez, 2005; Rubio, 2003).

En este punto se debe diferenciar el termino psicosis desde un enfoque psiquiátrico y desde el psicoanálisis, ya que si bien en el DSM-IV las drogas son un causante de una psicosis breve inducida por sustancias, para el psicoanálisis las drogas son únicamente un factor detonante que ayuda a la eclosión de una psicosis blanca, conocida así por algunos autores y que consiste en una estructura psicótica sin desencadenar, sin síntomas propios de la psicosis pero si presente en el sujeto (Rubio, 2003).

Al momento de la ingesta de una droga como se vio anteriormente el sujeto busca apelar al goce Otro y poder liberarse de ese goce fálico desfalleciente en el sujeto psicótico, pero sin embargo, no siempre sucede de esta manera, existen sujetos psicóticos que enfrentados al goce Otro, se encuentran completamente desamparados, incapaces de interpretarlo haciendo que éste mal encuentro con el Otro provoque una entrada al momento del enigma o al momento de la perplejidad (Sánchez, 2005).

Dicho momento traumático e inicial para el desencadenamiento de la psicosis está caracterizado por un encuentro con un vacío de significación debido al agujero abierto en lo simbólico que se da por la forclusión del Nombre-del-Padre

ya mencionada anteriormente, provocando un momento de indeterminación angustiante (Millas, 2010).

En segundo momento del desencadenamiento de la psicosis encontramos que surge la certeza en el sujeto, lo cual proporcionara la seguridad de que ese vacío inicial significa algo pero debido a que existe una forclusión del Nombre-del-Padre en el psicótico, éste no es capaz de saber que significa, lo cual seguirá provocando angustia. La Función de la significación fálica en un neurótico es domesticar la intrusión del goce, mientras que cuando existe la forclusión de la significación fálica implica que lo que no existe como símbolo reaparece en lo real fuera de sentido para el sujeto (Millas, 2010).

4.3 Conclusiones sobre drogas y psicosis.

Este capítulo trata de explicar la relación que existe entre las drogas y la psicosis, para ello se vuelven a abrir dos posturas como en el capítulo anterior de la psicosis, estas son: la psiquiatría y el psicoanálisis.

No se puede hablar de estas dos posturas juntas para la explicación de un desencadenante de la psicosis puesto que abordan diferentes temas en cuanto a lo referente a salud mental, es por esta razón que en primer lugar se expone la explicación de la relación que existe entre las drogas y la psicosis desde un enfoque psiquiátrico, dando a conocer que la droga es vista desde esta área de la salud como una causante de la psicosis y los diferentes síntomas y efectos psicológicos, físicos y neurológicos propios de esta patología, debido a cambios cerebrales que se dan tras la ingesta de estas drogas, ya sea por la activación de áreas específicas como zonas límbicas, amígdala, hipocampo, etc. y las irregularidades que se encuentran en diferentes neurotransmisores como dopamina, norepinefrina, epinefrina y serotonina.

En segundo lugar se aborda la psique del sujeto desde el psicoanálisis para dar una explicación de cómo las drogas funcionan en un sujeto para que haya un

desencadenamiento de la psicosis, dándonos a conocer que la droga puede ayudar tanto para controlar el desencadenamiento como para precipitarlo.

Para que esto ocurra es necesario que el sujeto tenga ya una estructura psicótica establecida, denominada psicosis blanca, es decir sin fenómenos elementales y síntomas, que desencadena al momento de la ingesta de sustancias ya sea por el rompimiento de un anudamiento en los Real, Simbólico e Imaginario o por el llamado al goce Otro, el cual se encuentra simbólicamente en la ingesta de las drogas, haciendo que el sujeto entre en un momento traumático de vacío de significación, debido a la forclusión del Nombre-del-Padre que se instaura en los primeros años de vida del sujeto, como se vio en el capítulo anterior.

Capítulo V Metodología

5.1 Tipo de investigación

El diseño de esta investigación cualitativa es fenomenológico, ya que se hizo a través de la recolecta de datos cualitativos y cuantitativos extraídos por medio de entrevistas y documentos, como libros, artículos, revistas científicas y congresos, conociendo de esta manera la perspectiva colectiva y personal de cada autor, en torno a los temas de psicosis y drogas. Y a través del proceso de teorización se pudo desarrollar y confirmar la idea que se propone, la cual consiste en ver a las drogas psicodélicas como un factor detonante para la eclosión de una psicosis y no únicamente a la psicosis como consecuencia fisiológica directa del consumo de drogas. El tipo de investigación es cualitativo, puesto que no se trabajó con una muestra ni se aplicó a una población. El alcance es meramente expositivo ya que pretende dar a conocer a los profesionales de la salud como las sustancias psicoactivas son un detonante en el desencadenamiento de un trastorno psicótico en personas con rasgos de una psicosis no desencadenada, por lo que este trabajo consiste en una aproximación conceptual sobre dicho tema.

De manera adicional se lleva a cabo una entrevista con profesionales de la salud en el campo de las adicciones para que se de una perspectiva sobre dicha investigación.

5.2 Instrumento

Se ocupó una entrevista semiestructurada con 10 reactivos abiertos formulados a lo largo de esta investigación y permitiendo que el entrevistado conteste con respuestas abiertas entorno al tema de drogas y psicosis, las cinco primeras preguntas indagan sobre la idea que cada participante tiene de la psicosis a través del área que cada uno maneja, es decir, la psiquiatría y el psicoanálisis. Posteriormente en las preguntas 5, 6, 7 y 8 se investiga sobre cuales podrían ser uno de los factores etiológicos de la psicosis o los factores desencadenantes de una psicosis, visto también desde ambas perspectivas. Y por

ultimo en los dos reactivos finales se intenta buscar la dirección de la cura para la psicosis.

1. ¿Que es la psicosis?
2. ¿Las drogas generan psicosis?
3. ¿Cuáles son los fenómenos asociados al brote psicótico?
4. ¿Cuáles son los principales acontecimientos en un sujeto para la eclosión de una psicosis?
5. ¿La psicosis únicamente es producto de una lesión cerebral?
6. ¿Qué factores psíquicos entran en juego para la etiología de una psicosis?
7. ¿La psicosis es una estructura psíquica?
8. ¿Cómo se ve a la psicosis desde una perspectiva psiquiátrica y psicoanalítica?
9. ¿Cuál es la dirección de la cura en un trastorno psicótico?
10. ¿La representación del consumo de una droga es capaz de mantener el anudamiento de lo Simbólico, Real e Imaginario en un sujeto, proporcionando una estabilidad?

5.2 Procedimiento

Primeramente se pidió al especialista de la materia que contestara la entrevista de 10 reactivos que indagaba sobre el área de la psicosis y las drogas. Posteriormente se inició la entrevista llevando a cabo una grabación, esto con el consentimiento de los expertos, y finalmente se redactó ya dentro del trabajo de investigación.

Capítulo VI Resultados

6.1 Resultados de entrevistas

Entrevista realizada a la Doctora Sandra Camacho.

1. ¿Que es la psicosis?

R.- Es una enfermedad mental incapacitante, crónica y progresiva, caracterizada por alteraciones del pensamiento, sensoperceptuales del lenguaje y de la conducta con posterior deterioro cognitivo.

2. ¿Las drogas generan psicosis?

R.- Si

3. ¿Cuáles son los fenómenos asociados al brote psicótico?

R.- La desnutrición, consumo con características adictivas, desajuste emocional y social.

4. ¿Cuáles son los principales acontecimientos en un sujeto para la eclosión de una psicosis?

R.- Una personalidad esquizoide o posterior a un evento emocional intenso para el sujeto.

5. ¿La psicosis únicamente es producto de una lesión cerebral?

R.-No.

6. ¿Qué factores psíquicos entran en juego para la etiología de una psicosis?

R.- Una fragilidad yoica y la escisión.

7. ¿La psicosis es una estructura psíquica?

R.- No.

8. ¿Cómo se ve a la psicosis desde una perspectiva psiquiátrica y psicoanalítica?

R.- Como una alteración neurológica en donde está involucrada principalmente la dopamina.

9. ¿Cuál es la dirección de la cura en un trastorno psicótico?

R.- Hasta el momento no existe cura, solo se puede tener un control sobre algún síntoma psicótico.

10. ¿La representación del consumo de una droga es capaz de mantener el anudamiento de lo Simbólico, Real e Imaginario en un sujeto, proporcionando una estabilidad?

R.- No.

Entrevista realizada a la Maestra Martha Patricia Cantú Ochoa.

1. ¿Qué es la psicosis?

R.- Desde Foucault, la locura emerge como el reverso de la razón, son encerrados los “locos” junto con los no deseables socialmente hablando como eran las prostitutas, los delincuentes, sodomitas. Era la voz de la exclusión, del encierro. Es entonces cuando se abre el diálogo por otra parte con esta sin razón, un diálogo cuyo intento era dejar de acallar a la locura. La psicosis para el Psicoanálisis, es producto de un conflicto intrapsíquico en el cual el yo busca defenderse de otras fuerzas. Para Lacan, la Psicosis es una estructura subjetiva que marca una relación particular con la realidad y los demás.

2. ¿Las drogas generan psicosis?

R.- Si. El consumo con un patrón donde la frecuencia y la duración son arriba de los parámetros de la moderación, afectan directamente el funcionamiento neurológico provocando síntomas psicóticos como alucinaciones, fenómeno de la involuntariedad (esquizofrenia), paranoia. El consumo se ha asociado al deterioro de las funciones ejecutivas que en conjunto son esas habilidades superiores que permiten a toda persona la integración y organización como son la construcción de un plan de acción, establecimiento de metas (proyecto de vida), inhibición de conductas socialmente inaceptables (robar, mentir, violar, etc.), organización del tiempo.

El consumo de sustancias se dirige directamente al deterioro de las funciones del córtex prefrontal, el cual tiene dos circuitos: circuito dorsolateral (habilidades cognitivas: formación de conceptos, atención selectiva, etc.) y el circuito ventromedial (procesamiento de señales emocionales y toma de decisiones). Resulta relativamente claro que los estados psicóticos producidos por el consumo de sustancias no tienen la misma “categoría” que una psicosis primaria o durable. Sin embargo, en la comunidad científica se encuentran dos hipótesis que dan cuenta del intento de dar explicación a la correlación entre consumo de sustancias y padecimientos psiquiátricos como lo es la psicosis:

Una de las patologías es consecuencia de la otra, es decir, hay una enfermedad mental primaria donde el consumo funcionará como una forma de afrontamiento de la psicosis

Relación existencial simultánea, es decir, hay una toxicomanía primaria que provocará la psicosis como un consecuencia.

3. ¿Cuáles son los fenómenos asociados al brote psicótico?

R.- Un brote psicótico se define como pérdida abrupta de la realidad junto con cambios de conducta. Se presentan alucinaciones, delirios, aislamiento social, conducta paranoica y es de corta duración. El consumo de drogas puede provocar

un brote psicótico, las personalidades bipolar o limítrofes tienen dentro de su sintomatología la aparición de brotes psicóticos. Se asocia a una psicosis no tratada, fuente de estrés muy fuerte o constante, sobre exposición emocional, ansiedad constante, un evento sumamente traumático o el consumo de drogas, alucinógenas principalmente. El brote psicótico representa la parte crítica de la evolución de una psicosis, por tanto no se debe tomar como una entidad nosológica, sino como parte de un continuo dentro del padecimiento psicótico.

4. ¿Cuáles son los principales acontecimientos en un sujeto para la eclosión de una psicosis?

R.- Freud, Lacan, Melanie Klein hacen énfasis en que las diferencias en las estructuras psíquicas neuróticas y psicóticas era la defensa del Yo contra una representación que le resulta inaceptable. Freud le llama a esta defensa como Rechazo (*verwerfung* en alemán), es así que desde este escenario, para el Yo nunca ha existido la representación intolerable (ni su afecto ni la representación misma) y es entonces cuando la realidad se fragmenta. En su escrito de 1923, Neurosis y Psicosis, Freud menciona que la frustración tiene un papel etiológico (imposibilidad de cumplir deseos) para que se estructuren las neurosis o las psicosis. Es en esta última que el Yo es avasallado por el ello cancelando así el ligazón con la realidad circundante. Es en esta fragmentación que a manera de “parche” aparecen los delirios psicóticos, por tanto se reitera como un fenómeno del lenguaje. El psicótico desmiente la realidad y procura sustituirla

5. ¿La psicosis únicamente es producto de una lesión cerebral?

R.- No desde la postura psicoanalítica.

Desde la postura médico-biológica si

6. ¿Qué factores psíquicos entran en juego para la etiología de una psicosis?

R.- Freud, Lacan, Melanie Klein hacen énfasis en que las diferencias en las estructuras psíquicas neuróticas y psicóticas era la defensa del Yo contra una

representación que le resulta inaceptable. Freud le llama a esta defensa como Rechazo (verwerfung en alemán), es así que desde este escenario, para el Yo nunca ha existido la representación intolerable (ni su afecto ni la representación misma) y es entonces cuando la realidad se fragmenta. En su escrito de 1923, Neurosis y Psicosis, Freud menciona que la frustración tiene un papel etiológico (imposibilidad de cumplir deseos) para que se estructuren las neurosis o las psicosis. Es en esta última que el Yo es avasallado por el ello cancelando así el ligazón con la realidad circundante. Es en esta fragmentación que a manera de “parche” aparecen los delirios psicóticos, por tanto se reitera como un fenómeno del lenguaje. El psicótico desmienta la realidad y procura sustituirla

7. ¿La psicosis es una estructura psíquica?

R.- Desde la postura psicoanalítica sí. Se hace distinción entre el discurso del histérico, el perverso y el psicótico como estructuras psíquicas que implican una dirección de la cura diferente

8. ¿Cómo se ve a la psicosis desde una perspectiva psiquiátrica y psicoanalítica?

R.- Nada más y nada menos que desde Freud se percibe esta dicotomía para dar explicación a la Psicosis, ya que el surge de la corriente Psiquiátrica su discurso era y es a través de la nosografía y la farmacología. El psiquiatra establece una relación distante con el loco, más como un investigador en busca de síntomas y en general consideran al psicótico y a los usuarios de drogas como dentro de la misma categoría recomendando los tratamientos integrales. Para el Psicoanálisis, la droga es una solución que establece el sujeto para hacer frente a una realidad insoportable

9. ¿Cuál es la dirección de la cura en un trastorno psicótico?

R.- Al psicoanalista interesa mucho el escuchar a un psicótico, toda vez que los síntomas que en el neurótico aparecen velados, disfrazados... en el psicótico

aparecen sin mayor disimulo, en ocasiones con una presencia que aterroriza. Se trata de abrirse a ese sin sentido, ya que el delirio psicótico es también un fenómeno del lenguaje. Es sin duda una interrogante constante en todo psicoanalista, psiquiatra e incluso entre otros profesionales como sociólogos o antropólogos en la terapéutica de la psicosis.

En relación a la terapéutica, la cura toma una dirección hacia la subjetividad del sujeto, es decir, hacia el sufrimiento (eso insoportable) que el sujeto designa como tal a través de su discurso, sus síntomas, sus actos. En la psicosis, por tanto, esto insoportable es el retorno de lo real fuera de lo simbólico, irrumpe con cara aterradora, como fenómenos extraños corporales (alucinaciones, voces, etc.). Desde esta postura, la Psicosis no es una enfermedad neurológica, lo que esta enfermo es el sentido, esta enfermo el Otro del sujeto, por tanto la cura se dirige hacia anudar el sentido de ese goce desbocado del Otro. Freud lo llamo el trabajo de la psicosis, Lacan lo llamo acompañamiento en la construcción delirante, dar un lugar y escucha al saber delirante que el psicótico deposita en cada trabajo. No se interviene desde el lugar del saber, nos replegamos del lado del sujeto frente a ese Otro del goce que lo invade y acompañamos al sujeto en su construcción e imponemos la ley a ese Otro que goza del sujeto No hacemos pedagogía

10. ¿La representación del consumo de una droga es capaz de mantener el anudamiento de lo Simbólico, Real e Imaginario en un sujeto, proporcionando una estabilidad?

R.- La droga, como mero montaje, puede funcionar desde el plano simbólico e imaginario, funcionan como un velo frente a los fenómenos aterradores de la psicosis. Funciona como una suplencia del padre simbólico e imaginario. La adicción es un pasaje al acto, no hay sostenimiento del deseo, es inevitable el derrumbamiento en algún momento ya que no se tolera y se rechaza la castración, se da una “estabilidad” montada en un escenario que no perdura. El pasaje al acto del consumo es un indicio de que la estructuración de un síntoma fracasa, ya que

el síntoma es el anudamiento y da sostén, pero el consumo en un pasaje al acto que muestra el fracaso de este recurso

Algo digno de tomar en cuenta es, sin embargo, que no se puede generalizar, por tanto, se vuelve fundamental encontrar la función de la droga para cada sujeto. La clínica psicoanalítica trabaja sobre el sujeto particular, el uno a uno a diferencia de la nosología Psiquiátrica.

Capítulo VII Discusiones y recomendaciones.

7.1 Discusión.

Las discusiones tendrán un alcance relativo puesto que existen diferentes variantes para conocer y comprender a la psicosis, ya sea desde un enfoque humanista, cognitivo-conductual, el propio psicoanálisis desde diferentes autores, o la psiquiatría, etc.

A partir de la psiquiatría como se ve en el DSM-IV existe la categoría de psicosis inducida por sustancias, donde habla de un transcurso del trastorno psicótico al momento de la ingesta de sustancias, el cual únicamente es producido por estados de intoxicación o abstinencia, o ya sea por alguna lesión cerebral ocasionada por el consumo frecuente y alto de drogas. La psiquiatría como modelo médico se basa del lado orgánico del cerebro, es decir la psicosis es totalmente una afección que se da a nivel cerebral ya sea por una lesión, por una enfermedad médica o inducida por sustancias.

¿Pero que sucede cuando a pesar de que los consumidores ya pasado el estado de intoxicación e incluso el estado de abstinencia, siguen presentando síntomas característicos de la psicosis como alucinaciones, delirios, etc. o cuando no existen lesiones cerebrales debido al consumo?

Se ha demostrado que las propuestas elaboradas por la psiquiatría se muestran carentes de sustentos teóricos que delimitan únicamente al sujeto a un ámbito orgánico o biológico, estas clasificaciones cuyas bases son claramente cuestionables (Braunstein, 2005) son vistas dudosamente cuando el sujeto psicótico sale de los parámetros limitados por la medicina.

Mientras que desde un enfoque psicoanalítico, habría dos formas de verla: Una apunta a la formación incompleta del sujeto, mientras que la otra apuntaría a asumir que el psicótico tiene su estructura, tanto como el neurótico, es decir, la psicosis se ve como una de las tres estructuras psíquicas que puede formar un

sujeto, neurosis, perversión y psicosis, en ésta no se le ve como un sujeto con algún problema, si no mas bien se trata de entender su estructura tanto como las otras dos (Baéz, 2007)

Es entonces que dejando de lado el abordaje desde un enfoque médico y centrándose en la estructura subjetiva del sujeto desde el psicoanálisis, se toma ésta variable de las sustancias alucinógenas únicamente como un detonante de la psicosis mas no la psicosis como consecuencia fisiológica directa de una droga.

En diferentes casos se observa que un sujeto con estructura psíquica psicótica no llega a desencadenar en una psicosis clínica debido a diferentes enganches sobre la estructura subjetiva que éste elabora para tener un mayor control en sí, pero siempre portara una estructura que habilita su ubicación en la psicosis.

Un enganche puede darse en la ingesta de las drogas debido a representaciones de elementos simbólicos que éstos sujetos le apropia al narcótico para hacerse cargo de diferentes contingencias que presenta la vida y la solución identificatoria que autoriza la representación del sujeto como significante toxicómano en el campo social, para verse incluido con el Otro.

Y si estos enganches llegaran a romperse se describe la aparición o la eclosión de los diferentes fenómenos elementales propios de la psicosis, un claro ejemplo de este desenganche son los sujetos que tras una practica toxicómana por años o decenios al momento de quitarles la droga o sustituirla con fármacos, estos desencadenan una psicosis, ya que lo que sostenía anudados los tres registros (Real, Simbólico e Imaginario) era el consumo de droga.

Así como la ruptura de estos enganches existe otro factor detonante que tiene que ver con el poder apelar a ese goce Otro ilimitado que se encuentra simbólicamente en la ingesta de drogas y dejar por un lado el goce fálico que tiene como característica un goce castrado o limitado.

En lo que al sujeto psicótico concierne al momento que encuentra en la ingesta de la droga este goce Otro ilimitado si es incapaz de darle una interpretación, de no saber que es, ni de donde viene debido a la falta del Nombre-del-Padre provocaría una entrada al momento de la perplejidad ocasionando de ésta manera una eclosión de la psicosis.

Es de esta forma que el dispositivo analítico debe intentar unir los débiles nexos entre lo simbólico e imaginario, así como también intentar separar al sujeto del Otro y a la vez un lugar donde el sujeto sea escuchado por el Otro (Dragonetti, 2007; Baéz, 2007)

De esta manera el psicoanálisis da otra posible explicación a los casos de psicosis que no entran en los criterios para ninguno de los trastornos psicótico específicos definidos en el DSM-IV y de igual manera el psicoanálisis da una hipótesis diferentes a lo orgánico para poder comprender a esos sujetos que sin ninguna afección orgánica, llegan a tener una psicosis clínica.

Cabe mencionar que estas dos posturas, donde se trabaja con el ser humano, que a pesar de que no son afines teóricamente, pueden llegar a trabajar multidisciplinariamente en un caso clínico. Así lo muestran diversos estudios, donde se indican que en una terapia con paciente psicótico es necesario que tomen neurolépticos para disminuir sus síntomas y así poder llegar a tener una clínica analítica dentro del consultorio.

Sin embargo, también es necesario que haya un cierto distanciamiento entre estas posturas para poder formular mayores hipótesis y por ende más investigaciones, ya sea desde el lado neurológico o desde el lado psíquico del sujeto, lo cual ayudará a tener una mayor comprensión en este caso del trastorno psiquiátrico o estructura subjetiva de la psicosis.

Este trabajo tuvo como finalidad pensar la psicosis desde una postura psicoanalítica con su fundamento principal que es el caso por caso y rechazar un poco el trabajo psiquiátrico que se basa en las demandas que hoy en día pide la

sociedad, es decir, llevar acabo una recuperación lo más rápido posible callando la palabra del sujeto con tratamientos psicofarmacológicos y categorizando universalmente con etiquetas de trastornos.

Mientras que el psicoanálisis ve al sujeto como un ser hablante, hecho de palabras, demandante, deseante, al cual se le debe dar un espacio en la escucha analítica donde debe de haber una construcción, diagnosticado a través de la observación y la escucha y no por pruebas psicométricas impuestas por una posición negativa, un Otro Amo o un juez.

Es de esta manera que el psicoanálisis propone un proceso terapéutico que sale completamente del discurso del amo contemporáneo, un discurso hecho de parámetros, estadísticas, limites, saberes impuestos, una dirección de la cura rápida y palabras sin nombrar y centrándose mas en el sujeto teniendo humildad frente a lo real del sujeto, una responsabilidad frente a los significantes que se abren al decir una palabra en el proceso terapéutico, teniendo en claro la dirección de la cura con un subvertir del sujeto, ocupando un lugar de vacío escucha y no un lugar del Sujeto Supuesto Saber, comprendiendo el funcionamiento del cuerpo a través del lenguaje, construyendo la clínica psicoanalítica a través de síntomas que se dan a conocer al otro por medio de la transferencia, comprendiendo los significantes que ordenan la vida de cada uno, mas que los hechos, comprendiendo el fantasma, entre muchas otras cosas que el verdadero psicoanalista debe hacer dentro de un proceso psicoanalítico ético, haciendo que éste no sea una practica si no un discurso.

Para llegar a lograr estos objetivos el psicoanálisis debe posicionarse en un lugar dentro de la institución, llámese psiquiátrico, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto Mexicano del Seguro Social, Desarrollo Integral de la Familia (ISSSTE, IMSS, DIF) o los diferentes sectores que existen en nuestra sociedad, pero desafortunadamente en México como se sabe, es más rentable la enfermedad que la salud, ya sea por cuestiones políticas, económicas o sociales. También es importante que el psicoanálisis se

transmita no únicamente en el campo de la salud si no también en el campo de lo social.

Cabe mencionar que si bien la sociedad se encuentra en un constante cambio global, en el transcurso de la historia se han formado múltiples maneras de percibir la realidad y una de éstas es la escrita por Freud en una de sus obras mas grandes, "El malestar de la cultura", donde deja ver tras sus paginas, que el ser humano busca desesperadamente, como fin de su existencia conseguir la felicidad y mantenerla a como de lugar, ya sea evitando el dolor y el displacer o alcanzando sensaciones inmensas de placer. Pero al mismo tiempo también deja ver el otro lado de la moneda, es decir, que el cuerpo esta destinado al deterioro y a la muerte, con tal fragilidad hacia las fuerzas externas naturales a él y al trato conflictivo con los otros, ante éste fracaso en la búsqueda de placer es claro que el sujeto buscara las vías necesarias para poder obtener y mantenerlo constantemente, por lo cual existen dos alternativas, una el control de esos factores que lo amenazan , como se puede ver claramente en la psicosis escrita por Freud como una enfermedad de la defensa o la alternativa mas "interesante" si así se quiere ver, quitando los prejuicios de la sociedad, es la intoxicación del ser (Cuevas, 2001).

Dicho esto existen bastantes maneras de ver las drogas y la psicosis pero, desde un punto de vista personal el psicoanálisis no ve a estas dos variables únicamente como conceptos, sino que en primer lugar escucha la palabra, lo simbólico que el sujeto le pone a los hechos, objetos, demandas, etc. para poder comprender el lugar que ocupa en este caso la droga y la psicosis en la economía subjetiva y social de cada uno, lo cual hace al psicoanálisis único y especial, dejando caer los ideales sociales y personales.

Es de ésta manera que este trabajo de investigación responde parcialmente la hipótesis planteada, ya que ésta no fue aplicada a una población, dando así a conocer que las drogas psicodélicas funcionan como un detonante para la aparición de un brote psicótico.

7.2 Recomendaciones

Dentro de una teoría tan amplia como es el psicoanálisis siempre se espera que haya una mejora y sobre todo una discusión: por tanto se recomienda a futuros estudiantes que tengan interés en este trabajo desde un enfoque psicoanalítico, que éste se implemente dentro de la clínica para tener mayores conocimientos, así como también revisar a diferentes autores que hablen de la etiología de la psicosis, por ejemplo, Melanie Klein, Kraepelin, Jean-Claude Maleval, entre otros y de igual manera revisar a diferentes autores que hablen tanto de las drogas como de una toxicomanía en el sujeto, es decir ampliar esta investigación.

También se intenta proponer que dentro de las instituciones psiquiátricas y educativas se conozca con mayor fuerza el psicoanálisis, ya que éste poco a poco va tomando fuerza en nuestros tiempos al ver que es posible llegar a trabajar en conjunto con diversas áreas de la salud, ya que el psicoanálisis clásico como así se conocía anteriormente va transformándose y acoplándose a las demandas actuales, llevando acabo un trabajo en conjunto.

ANEXOS

GLOSARIO

Cadena de significantes: Es el conjunto de significantes que combinados hacen surgir series de significantes. Para cada sujeto se establecerá alguna combinación donde un elemento ocupará un lugar (y no otro) que determinara una serie, cada signifiante que se agrega va redondeando y modificando la secuencia, y determina que algunas series no pueden seguir a otras, o sea, engendra imposibilidades. Por ejemplo: si se tiene una serie de + y – con lo cual se hace una cadena de ++, +-, +++ muestra que desde la serie ++ podemos pasar a la serie +- pero no a la serie +++(Negro, 2009)

Castración simbólica: Ésta es la separación del niño de su madre, por efecto de la ley del padre, que prohíbe el incesto. Privando al niño de una fuente de satisfacción libidinal, pero permitiendo su canalización hacia una figura exogámica (Cazau, 1997)

Deseo.- En la concepción dinámica freudiana, uno de los polos del conflicto defensivo: el deseo inconsciente tiende a realizarse restableciendo, según las leyes del proceso primario, los signos ligados a las primeras experiencias de satisfacción o huellas mnémicas (Chemana, 1995)

Freud no identifica necesidad con deseo: la necesidad, nacida de un estado de tensión interna encuentra su satisfacción (Befriedigung) por la acción específica que procura el objeto adecuado, por ejemplo el alimento. Mientras que el deseo se halla indisolublemente ligado a huellas mnémicas y encuentra su realización (Erfüllung) en la reproducción alucinatoria de las percepciones que se han convertido en signos de esta satisfacción (Chemana, 1995)

Estadio del espejo: Es la constitución de la función del Yo, Lacan observa que el reconocimiento del recién nacido va acompañado siempre de una expresión jubilosa en el niño, la edad en cuestión va desde los seis a los dieciocho meses,

en su comienzo se observa al niño sin ninguna coordinación en su cuerpo. Debido a esto Lacan hace un análisis en cuanto a la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia, formulando un concepto denominado cuerpo fragmentado, el cual consiste en la descripción de la impotencia por parte del infante para coordinar los movimientos motrices. Sin embargo cuando el niño es capaz de mirarse al espejo, Lacan observa, su expresión jubilosa, y es que lo que ve frente a él, es su imagen, aquel que mira y reconocer, que le imita tan bien y que tarde o temprano será capaz de describir que es él mismo, capaz de identificar como suyo ese cuerpo, una imagen que aparece entera, no fragmentada, dotada de una unidad que el infante aun no puede asumir en su cuerpo y si a esto le sumamos el discurso del otro, ya sea la madre, el padre o alguna otra figura, señalándole y diciéndole “mira este eres tú” es en éste acontecimiento vital del sujeto cuando comienza a formarse el Yo, las identificaciones (Blasco, 1992)

Éste acontecimiento en el infante también dará paso a formar el Yo ideal ya que la imagen que el niño reconoce como suya, no esta afectada por las limitaciones que él tiene, ella no tiene los problemas que yo tengo para moverme, a ese lugar tras espejo donde todo marcha adecuadamente jamás podrá ser alcanzado, jamás podrá tenerse y es a lo que Lacan denomina Yo ideal (Blasco, 1992)

Goce: La significación vulgar, la del diccionario, es una sombra de la que conviene distinguirse constantemente si se quiere precisar el vocablo como concepto psicoanalítico, ya que la primera convierte en sinónimos el goce y el placer y la psicoanalítica los enfrenta y hace del goce un exceso intolerable de placer, una manifestación del cuerpo más próxima a la tensión extrema, al dolor y al sufrimiento. El goce siendo del cuerpo y en el cuerpo, es del orden de lo inefable (Braunstein, 2006)

Lacan, en su última enseñanza, da entrada al goce por la vía del éxtasis. Cuando Lacan recurre a los místicos es para dar cuenta de un goce más allá del semblante, es decir, del goce real. “El testimonio esencial de los místicos es

justamente decir que lo siente, pero que no saben nada” (es decir de donde viene, describir lo que es).

El goce definido siempre por Lacan como goce de un cuerpo, recibe su definición neta en La ética: el goce es la satisfacción de una pulsión, pero véase a la pulsión no como satisfacción, si no, como un ser mítico, magno en su indeterminación, que es una fuerza constante, una exigencia incesante impuesta al psiquismo por su ligazón con lo corporal que acicatea más allá de toda posible domesticación. La pulsión no se satisface, insiste, se repite, tiende a un blanco al que siempre falla y su objetivo no se alcanza con la saciedad, con la paz de su aplacamiento, sino con el nuevo disparo de la flecha. Pero la pulsión que se maneja aquí es una muy precisa, es decir, la pulsión de muerte, siguiendo a Sade una voluntad de creación a partir de la nada para volver a empezar. Lacan ve así a la pulsión de muerte como una sublimación creacionista (Braunstein, 2006)

Imaginario: Lo imaginario debe entenderse a partir de la imagen. Es el registro de la impostura, de la identificación. En relación subjetiva siempre se introduce algo ficticio que es la proyección imaginaria de uno sobre la simple pantalla que deviene del otro (Laplanche *et al.*, 2004)

Nudo Borromeo: estructura topológica que consiste en una figura compuesta por tres redondeles entrelazados entre si (Real, Simbólico e Imaginario), de tal modo que si uno de ellos se corta, los demás quedan libres, sin estar uno enlazado a otro más que por la estructura de la unión de los tres

Padre simbólico: A este concepto suele designársele con mayúsculas, ya que el Padre simbólico no es ningún sujeto real ni una imagen, es mas bien una norma, una prescripción impuesta culturalmente, denominada Ley del Padre y vinculada con la prohibición del incesto, la castración del sujeto. Al padre simbólico se le puede ver como el padre biológico, la madre biológica, un hermano, un tutor, etc. (Cazau, 1997)

Real.- Según J. Lacan, lo real sólo se define con relación a lo simbólico y lo imaginario. Lo simbólico lo ha expulsado de la realidad. No se trata de la realidad ordenada por lo simbólico, llamada por la filosofía “representación del mundo exterior”. Pero vuelve en la realidad en un lugar donde el sujeto lo encuentra bajo la forma de algo que lo despierta de su estado ordinario (Laplanche *et al.*, 2004)

Es aquello que es imposible de conocer, y donde imposible de conocer significa que es imposible de imaginar o de simbolizar (o conceptualizar), es decir, lo que no podemos representar ni mediante imágenes ni mediante símbolos. Desde ya que podemos representarnos cosas con imágenes o símbolos, pero lo representado no será jamás lo real. Lo imaginario y lo simbólico son entonces acercamientos a lo real, pero sin llegar a alcanzarlo nunca (Cazau, 1997)

Significante: Elemento del discurso, registrable en los niveles conciente e inconciente, que representa al sujeto y lo determina.

El término significante está tomado de la lingüística. En Saussure, el signo lingüístico es una entidad psíquica de dos caras; el significado o concepto, por ejemplo, la palabra árbol y el significante o también realidad psíquica, puesto que se trata de esa imagen (Laplanche *et al.*, 2004)

El significante tiene leyes de funcionamiento, las cuales consisten en la metáfora y la metonimia. La metáfora consiste en que un significante puede ser sustituido por otro, puede estar en el lugar de otro, mientras que la metonimia consiste en que un significante puede ser seguido de otro y así formar una cadena (Negro, 2009)

Simbólico: Función compleja y latente que abarca toda la actividad humana; incluye una parte conciente y una parte inconciente. En el sentido del psicoanálisis, es simbólico por definición, aquello que falta en su lugar. Más en general, al designar lo que falta o a sido perdido (objetos, seres queridos) lo simbólico no sólo inscribe en la experiencia humana más común la función de la

falta, sino que este encuentro contingente con la pérdida implica la integración necesaria de la falta en una modalidad estructural (Laplanche *et al.*, 2004)

BIBLIOGRAFIA

1. Alper M. O. (2008). *Dios está en el cerebro*. Una interpretación científica de la espiritualidad humana y de Dios. Editorial Norma. Bogotá-Colombia. 262 p.
2. Álvarez J. M., De la Peña J. y Rodríguez E. J. (2008). Las otras psicosis ¿A partir de cuando se esta loco? En: Vaschetto E., (Comp.) *Psicosis actuales*. Hacia un programa de investigación acerca de las psicosis ordinarias. Grama Ediciones Bs. As. 127 p.
3. Anónimo. (2015). Nuevas estrategias farmacológicas. I. de la salud a la adicción: Evolución histórica de las adicciones 13 p.. Recuperado enero 2015: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/adic_cl.pdf
4. Aulagnier P. (1994). *Un intérprete en busca de sentido*. Siglo XXI.
5. Ayub C.H.S. (2012). LSD y otros alucinógenos I- “El toque”, sobredosis, y efectos. Sobredosis, dependencia física y adolescentes. *Esperanza para la Familia*. Porque nos interesa su Futuro. 8 p.
6. Baca B. E. (2010). Lo psicótico. Historia conceptual de la psicosis. En: *Trastornos psicóticos*. Coordinador Roca B. M. Reimpresión 2010. Barcelona
7. Baéz Jairo. (2007). Intervención en la Psicosis desde el Psicoanálisis. *Tesis Psicológica*, Noviembre. 101-107.
8. Batis A. I., & Rojas-Aréchiga M. (2002). El peyote y otros cactus alucinógenos de México. *Biodiversitas* 40:12-17.
9. Becoña E. (1995). Drogodependencia. En: A. Belloch, B. Sandin y F. Ramón (Eds.), *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill. pp 493-530.
10. Blasco, J. M. (1992). El estadio del espejo: Introducción a la teoría del yo en Lacan. Conferencia leída en la escuela de Psicoanálisis de Ibiza el 22 de Octubre de 1992 en el IV seminario de Sigmund Freud, [En línea] Recuperado de: <http://www.epbcn.com/pdf/jose-maria-blasco/1992-10-22-El-estadio-del-espejo-Introduccion-a-la-teoria-del-yo-en-Lacan.pdf>
11. Brailowsky S. (1995). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. México D.F. Fondo de Cultura Económica. ISBN 968-16-4585-5. 178 p.

12. Braunstein N. (2005) *Psiquiatría, Teoría del sujeto, Psicoanálisis (Hacia Lacan)*. México: Siglo XXI.
13. Braunstein, N. A. (2006). *el goce*. 2ª edición. Buenos Aires. Siglo XXI. 341 p.
14. Burillo-Putze G., López Briz E., Climent Díaz B., Munné Mas, P., Nogue Xarau, S., Pinillos, M. A., & Hoffman, R. S. (2013). Drogas emergentes (III): plantas y hongos alucinógenos. *Anales Sistema Sanitario de Navarra* 36 (3): 505-518.
15. Cárdenas A. V., & Gómez, A. P. (2004). Consumo urbano de yajé (ayahuasca) en Colombia. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 16(4), 323-332.
16. Carhart-Harris R. L., Erritzoe D., Williams T., Stone J. M., Reed L. J., Colasanti A., & Nutt D. J. (2012) a Neural correlates of the psychedelic state as determined by fMRI studies with psilocybin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(6), 2138-2143.
17. Carhart-Harris R. L., Leech R., Williams T. M., Erritzoe D., Abbasi N., Bargiotas T. & Nutt D. J. (2012) b Implications for psychedelic-assisted psychotherapy: functional magnetic resonance imaging study with psilocybin. *The British Journal of Psychiatry*, 200 (3): 238-244.
18. Carod A. F.J. (2005). Síndromes neurológicos asociados con el consumo de hongos y plantas alucinógenas. *Elementos* 12 (60): 49-57.
19. Carvalho J. T. C. (2007). Historia de las drogas y de la guerra contra su difusión. *Selected Works*. 20 p.
20. Cazau, P. (1997). "Lo real, lo imaginario, lo simbólico". *Revista: el Observador Psicológico*, Noº 24.
21. Chavarín G. A. (2008) Éxtasis (MDMA). En: *Urgencias por sobredosis de drogas de abuso*. Autores: Nogué S., Antolín A., Claramonte X., Chavarín A., Galicia M., Balanzó X y Amigó M. Editorial: Área Científica Menarini. Hospital Clínico. Barcelona.
22. Chemana, R. (1995). *Diccionario de Psicoanálisis*. Trad. Teodoro Pablo Mecman. Buenos Aires: Amorrortu.
23. CONADIC (Consejo Nacional contra las Adicciones) (2014). ¿Qué son los alucinógenos? Recuperado el 10 de noviembre del 2014 de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abcalucin.pdf>

24. Coover A. N., Kane J. M., Keith S., Kendler K. S., McGlashan T. (1995) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Coordinador Gral. Pierre P. Cuarta edición de la obra original. American Psychiatric Association de Washington. 894 p.
25. Cuevas J. 2001. Drogas y psicoanálisis. Entrevista con Josafat Cuevas. Ramírez R.F. Drogas México. Salud.
26. De Araujo D. B., Ribeir, S., Cecch, G. A., Carvalh, F. M., Sanche, T. A., Pint, J. P., & Santo, A. C. (2012). Seeing with the eyes shut: Neural basis of enhanced imagery following ayahuasca ingestion. *Human brain mapping*.33 (11):2550-2560.
27. De la Garza F., & Fuente A. V. (2005). *La juventud y las drogas: guía para jóvenes, padres y maestros*. Trillas. 228 p.
28. De Zaragoza A. (2003). Guía de información sobre drogas: ¿qué sabemos? ¿qué tenemos? *Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza, Servicios Sociales Especializados, Servicios de Juventud*. 50 p.
29. Del Campo S. L. C. M. (2007). *Los efectos de las drogas de sueños y pesadillas*. Editorial Trillas. 187 p.
30. Díaz G. (2010) Psicosis por consumo de drogas, grave problema de salud. Recuperado de Comisión Nacional Contra las Adicciones, <http://www.conadic.salud.gob.mx/prensa/boletines2006/psicosis261206.html>
31. Dragonetti, L. (2007). El insulto y la lengua. *Virtualia. Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana, No. 16*. 1-4.
32. Espinosa, A. E. (1998). *Historia de las drogas*, 3. Alianza editorial. 472 P.
33. Evans, D. (2007) Diccionarios Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano. Buenos Aires. Paidós. 224p.
34. Foucault Michel (1967) Historia de la locura en la época clásica I. 125 p.
35. Freud S. (2005). Las neuropsicosis de defensa (ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). Obras completas tomo III.
36. Freud, S. (2012). La Neuropsicosis de defensa. En López-Ballesteros y de T, L (Trad.), Sigmund Freud. Obras completas. (Vol. 1) México: Siglo XXI.

37. Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2005). *Psicología y vida*. Pearson Educación. 607 p.
38. Giraldo G. T. (2008) La idea de la locura: una perspectiva histórica del “desarreglo”. 12 p.
39. Goldstein A. (1994). Cocaine and amphetamines. En: Freeman. *Addiction*. New York.
40. Harner, M.J. (1973). *Hallucinogens and shamanism*. Nueva York: Oxford. University Press.
41. Hasler F., Grimberg U., Benz M.A., Huber T. y Vollenweider F.X. 2004. Acute psychological and physiological effects of psilocybin in healthy humans: a double-blind, placebo-controlled dose-effect study. *Psychopharmacology* 172: 145-156.
42. Jacques M. M. D. (2002). Blending Traditions – Using Indigenous Medical Knowledge To Treat Drug Addiction. *Multidisciplinary association for psychedelic studies*. XII (2): 25-32.
43. Kramer, J. F., Cameron, D. C. (1975). Manual sobre la dependencia de las drogas: compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS. 103 p.
44. Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. España: Paidós.
45. Laplanche, J., Pontalis, J. B., Lagache, D., Gimeno, F. C. y García, F. A. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
46. López-Pavillard, S. (2008). Recepción de la ayahuasca en España. Trabajo fin de Máster. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Antropología Social. 153 p.
47. Martínez, M. y Rubio, V. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
48. Massun, E. (1991). *Prevención del Uso Indebido de Drogas*. México. Ed. Trillas. 176 p. En Mazzotti, P. (1999). *Las drogas, sus implicancias culturales, políticas y económicas*. 17 p.
49. Mazzotti, P. (1999). *Las drogas, sus implicancias culturales, políticas y económicas*.

50. Mckenna, D.J., Luna, L.E. & Towers, C.H.N. (1986), "Ingredientes biodinámicos en las plantas que se mezclan al Ayahuasca. Una farmacopea tradicional no investigada", *América Indígena*, Vol. 46 No. 1.
51. Medina-Mora M.E., Cravioto P., Villatoro J., Fleiz C., Galván-Castillo F., Tapiá-Conyer R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Publica Mex*; suplemento I: 516-525.
52. Millas D. (2010). Angustia e inhibición en la psicosis. *Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana* Vol. 21, Septiembre. 6 p.
53. Miller J. A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Paidós, Argentina.
54. Miller, J. A. y otros (2003). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires. Paidós.
55. Mirin, S. M., Batki, S. L., Bukstein, O., Isbell, P. G., Kleber, H., Schottenfeld, R. S & Lyketsos, C. (1995). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance use Disorders-Alcohol, Cocaine, Opioids. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 4-59.
56. Negro, M. A. (2009). Lenguaje, palabra, discurso en la enseñanza de Jacques Lacan, en: *Revista Affectio Societatis*, N° 11, Medellín; Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Antioquia.
57. NIDA, National Institute on Drug Abuse. 2014. Recuperado el 10 de noviembre: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/lsd-sp10.pdf>
58. Organización mundial de la salud (OMS). RSI 1969. Disponible en: <http://www.who.int/csr/ihr/ihr1969.pdf>
59. Ott, J. (2006), *Análogos de la Ayahuasca*, traducido por Ott, J., Ediciones Amargord, Madrid.
60. Palma C. (2012) *Ayahuasca la medicina del alma*. Recuperado el 25 de mayo del 2015 de: <http://sacredvalleytribe.com/articles/medicine-plants/ayahuasca-la-medicina-del-alma/>
61. Pichot, P., Aliño, J. J. L. I., & Miyar, M. V. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Masson, SA Primera Edición. México.

62. Porter, R. (2002) *Breve historia de la locura*. España. Fondo de Cultura Económica. 4 p.
63. Redolar D. (2008). *Cerebro y Adicción*. Universidad Oberta de Catalunya. 566 p.
64. Roca F. P., Aguirre M. M. y Castillo P. B. (2001). Percepción acerca del consumo de drogas en estudiantes de una universidad nacional. *Psicoactiva* 19: 29-45.
65. Rojas, A. (2008) El controvertido peyote, ciencias. Vol. 1, Num. 91, Julio-septiembre, 2008.
66. Rubio G. (2003). Psicosis y toxicomanía. Un síntoma contemporáneo. Jornada Clínica de la violencia. Foro Psicoanalítico. Barcelona (FPB). 24 p.
67. Sánchez-Pedreño F. O.; C. E. S. (2010). Avances en la investigación mediante técnicas de neuroimagen En: *Trastornos psicóticos*. Coordinador Roca B. M. Reimpresión 2010. Barcelona España. 102 p.
68. Sánchez, M. (2005). Entrevista a Jean-Claude Maleval, Particularidades del uso de drogas en la psicosis: El murciélago No 14. Recuperado de: <http://www.descartes.org.ar/murci14/index.htm>
69. Sanjuán J. A. (2010) Etiopatogenia de las esquizofrenias En: *Trastornos psicóticos*. Coordinador Roca B. M. Reimpresión 2010. Barcelona España. 78p.
70. Serrano H. D. (2009) La psilocibina: perspectiva histórica y farmacológica e investigaciones actuales autorizadas. *Cultura y Droga*. 165-188..
71. Sparrow C. (1999). Explicaciones etiológicas de la psicosis. *Revista de investigación en Psicología*. 2 (2): 134-163.
72. Tagliazucchi E., Carhart-Harris R., Leech R., Nutt D, Chialvo DR. (2014). Enhanced repertoire of brain dynamical states during the psychedelic experience. *Human Brain Mapping* 35(11), 5442-5456.
73. Tendlarz S. E. (2009) *Psicosis, lo clásico y lo nuevo*. Grama, Buenos Aires.
74. Urriolagoitia, G. (2012). La estructura de la psicosis como consecuencia de la forclusión del Nombre-del-Padre. *Ajayu* 10 (2):163-171.
75. Vega-Villasante, F., Ruiz-González, L. E., Guerrero-Galván, S. R., & Guzmán-Dávalos, L. (2013). Evaluación de la toxicidad de *Psilocybe cubensis* (Agaricales, Basidiomycota) sobre *Artemia franciscana* (Crustacea, Anostraca). *Revista Iberoamericana de Micología* 30 (1): 54-56.

76. Velásquez, J. I. T., & Quiceno, Y. V. (2011). El concepto de psicosis en Freud. *Revista Electrónica Psyconex*. 2 (3): 1-9.
77. Volkow, N. D. (2013). La MDMA (“éxtasis” o “Molly”). National Institute on Drug Abuse. Drug Facts. 1-3.
78. Winkelman, M.J. (2008). Psychedelics and human evolution: a view from evolutionary psychology. Ponencia presentada en el congreso: *World Psychedelic Forum*, Basilea, Suiza.
79. Yodofsky S., Hales R.E., Fergusen T. 1991. What You Need to Knoww about Psychiatric Drugs. Nueva York: Grove Weidenfeld.