

XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

Diagnóstico diferencial y criterios de derivación en las entrevistas preliminares de usuarios consumidores de PBC.

Donghi, Alicia Inés, Maidana, Miriam, Pulice, Gabriel Omar, Disanto, Luis Alberto y Brusau, Cecilia.

Cita:

Donghi, Alicia Inés, Maidana, Miriam, Pulice, Gabriel Omar, Disanto, Luis Alberto y Brusau, Cecilia (2008). *Diagnóstico diferencial y criterios de derivación en las entrevistas preliminares de usuarios consumidores de PBC. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-032/535>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/efue/ZRA>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN LAS ENTREVISTAS PRELIMINARES DE USUARIOS CONSUMIDORES DE PBC

Donghi, Alicia Inés; Maidana, Miriam; Pulice, Gabriel Omar; Disanto, Luis Alberto; Brusau, Cecilia
Faculta de Psicología, Universidad de Buenos Aires, UBACyT

RESUMEN

En el marco de nuestra investigación sobre los indicadores diferenciales entre el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias -Manual DSM IV- y el diagnóstico estructural de psicosis -psicoanálisis- en consumidores de pasta base de cocaína, nuestro trabajo actual se centrará en las características de derivación de dichos usuarios al sistema de atención pública en Salud Mental; cómo se produce el ingreso de los usuarios a los servicios de atención en ese ámbito, y como se recepciona en una primera escucha este tipo de casos. Asimismo, resulta indispensable situar ciertas peculiaridades inherentes al consumo de este tóxico en cuanto a los modos de acceso al mismo; características de ingesta; y sus efectos en las áreas física y psíquica, tanto como en lo relativos el lazo social -comenzando por las relaciones elementales de parentesco-, etc. En ese contexto -y sin desestimar los efectos propiamente tóxicos de esta sustancia-, observamos la necesidad de interrogar las diferencias entre el consumo en adolescentes -entendiendo a la adolescencia como una etapa de puesta a prueba de la estructura subjetiva- y en adultos policonsumidores cuya estructura subjetiva, al momento del encuentro con la PBC, ha alcanzado previamente cierta consistencia.

Palabras clave

Paco Entrevista Diagnóstico Psicosis

ABSTRACT

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND CRITERIA FOR DERIVATIVES IN PRELIMINARY INTERVIEWS USER CONSUMERS OF PBC

As part of our research on indicators differentials between the diagnosis of substance-induced psychotic disorder-manual DSM-IV diagnosis and structural psychoanalysis psychosis-in-consuming cocaine base paste, our current work will focus on the characteristics of derivation of such users to the system of public attention on Mental Health; how it produces income users care services in this area, and as a first listening recepciona in such cases. Also, it is essential to situate certain peculiarities inherent in the consumption of this toxic as to modes of access to it; characteristics of intake and its effects on physical and mental areas, both as regards the social tie-starting with relations elementary-kin, and so on. In this context, and without proper dismiss the effects of this toxic substance, we see the need to interrogate the gap between consumption in adolescent-to understanding adolescence as a stage of testing of the structure-subjective and adults whose policonsumidores subjective structure at the time of the encounter with the PBC, has previously reached a certain consistency.

Key words

Paco Interview Diagnostic Psicosis

I. LAS PRESENTACIONES DE PACO

«Existe entre nosotros algo mejor que el amor: una complicidad»
Maurerite Yourcenar

- «Mis viejos piensan que mi vida es fácil... ellos no saben lo que es... desde que me levanto en lo único que pienso es como conseguir guita para ir a pegar base... hace mucho que no me interesa nada más...»; - «El otro día la vi a mi ex novia...no me dio para saludarla, pero por lo menos no se asustó... hace un año un día, cuando me dejó, me dijo: "Me da vergüenza que me vean con vos... mirá como estás... sucio, con las zapatillas rotas, con short y hace 5 grados ...". Yo me encerré en la villa, me compré todas las tizas que pude y dije: "Hoy es el día. O me muero o me rescato". Me sacaron violeta, pero no me morí... Mi vieja no me dejó morirme, capaz... Igual, a veces extraño fumar base... trabajar, ir al colegio... es una mierda...!»; - «A mí no me preocupan las drogas... Yo probé de todo y con la merca me llevo bien hace 20 años, no pasa nada...pero hace dos años me enganché con esta mierda (PBC) y no me reconozco... dejé el laburo, no tengo amigos, estoy todo el día encerrado meta pipa.... Mi problema no son las drogas, mi problema es el paco. ¿Usted entiende de lo que hablo?»; - «Una tarde mandé a los chicos con los abuelos y me senté con una bolsa que me dieron para vender... ya tenía el vicio... a los 4 días me encontraron tirada, durmiendo en la mesa de un bar donde iba de chica con mi papá... Me pararon frente a un espejo y se me caían las lágrimas: estaba pesando 40 Kg. Había bajado 20 Kg. en 6 meses. Tenía el pelo duro de mugre. Las uñas negras. Me había hecho unos tatuajes y no me acordaba cuando. Estaba en minifalda y ojotas. Cuando me vio mi hijo mayor, que tiene 9 años, abrazó a la abuela y le dijo: "Cuidame... mi mamá me dá miedo..."».

Pongamos por ejemplo un miércoles, día de primeras escuchas en un centro público de tratamiento en adicciones. Demos turnos hasta llegar a 15 personas, que se sentaran frente a nosotros con un papelito entre las manos donde dice que sí, que el/ la licenciado/a les hará una admisión, llenará una planilla con sus datos, y los escuchará hablar de su padecer. Tachemos para este trabajo el número 12, que es un señor mayor alcohólico con una exclusión del hogar. Nos quedaran 14. Que dirán base, paco, mierda, la porquería, crack. Vengo por, dirán. O mostrarán una orden judicial, o una nota de algún organismo intermedio que los haya obligado a venir. O simplemente nos dejaran mirarlos flacos, sucios, derrotados. Rascándose la expulsión del tóxico en un cuerpo abstimente. Llagados. Golpeados. Mudos.

Y cuando hablen de la *pasta base de cocaína* no escucharemos una historia de amor: escucharemos una adherencia, una fusión, un sino, un quitapenas, un «cacharro»...

Escucharemos el no necesito nada más, escucharemos el plus en todo su esplendor: no sexo, no palabra, no hambre, no sueño. Ese plus más allá de.

2. EL CAMINO A LA CONSULTA

«Dos ejemplos pueden servir para definir las condiciones de un debate sobre las drogas: primero, el derecho, porque concierne a la cuestión de la norma y la de la justicia, y porque la institución judicial es objeto de una sobreinvertidura en el dominio de la droga; luego, el mal conocimiento de las realidades de la droga, que no permite fundar las elecciones y explicartas a la opinión». Alain Ehrenberg / Un mundo de funámbulos

De acuerdo a nuestra experiencia clínica en salud pública, los usuarios de PBC llegan muy poco espontáneamente a la consulta, siendo la mayoría obligados por la Ley a pedir tratamiento. Pero la «obligatoriedad legal» se nos presenta en los oficios judiciales de diferentes formas:

1. Personas judicializadas por infracción o delito:

a) Mayores de Edad

- Por infracción a la Ley Federal nº 23.737 de tenencia de estupeficientes, el juez ordena al consultante cumplir con una medida de seguridad educativa o curativa.
- En el orden de lo penal, en personas que han cometido delito y en su defensa han alegado consumo de estupeficientes el juzgado -por si mismo o por intermedio de organismos como

por ejemplo el Patronato de Liberados, Programa de Libertad Asistida, etc.- dispone la asistencia a un tratamiento en un servicio público.

b) Menores de Edad:

- Tribunales Orales, Juzgados y Fiscalías de Menores asumen el tutelaje del joven y le ordenan que inicien un tratamiento. En estos casos, y cuando fuera posible, el mismo debe comprender también al núcleo familiar y/o adultos que se hagan responsables del joven.

c) Por causas que no aluden específicamente al consumo de drogas de la persona, pero durante el transcurso del proceso judicial su consumo es considerado como agravante. Ej: violencia doméstica o familiar, abuso deshonesto, etc.

2. Personas Judicializadas por la familia:

Cuando una persona no manifiesta deseo de hacer un tratamiento ni conciencia de enfermedad, su entorno familiar acude a la Ley para que ordene, a través de una medida de *Protección de Personas*, su tratamiento en un servicio de salud pública o su internación compulsiva, de acuerdo a una evaluación que está a cargo de peritos del ámbito legal.

La otra manera de pedir asistencia es la presentación espontánea, que es cuando una persona solicita tratamiento o internación ya que cuestiona algo de su posición frente al consumo excesivo de PBC. Pueden también asistir por derivación cuando su motivo de ingreso a una institución de salud pública no haya sido el consumo de PBC, sino la sintomatología asociada al mismo -por ej.: ataques de pánico, trastornos de alimentación, problemas dentales, erupciones, cuadros pulmonares- siendo el paciente derivado a un servicio de adicciones para un posible tratamiento, a partir de la asistencia médica.

Así, el psicólogo abrirá una historia clínica en todos los casos, pero en pacientes judicializados deberá además informar al juez u organismo intermedio de la presentación del encausado, continuidad del tratamiento y -en caso de que lo soliciten- diagnóstico y evolución de la patología. Esto, suponiendo que el consultante consiga sentarse más de una vez en la silla que el psicólogo le ofrecerá a tal fin...

3. LA BASE, ESTÁ

«No se trata de "pensar a los drogadictos" sino la/las droga(s), aquellas cuya toma cotidiana se torna cada vez más necesaria, indispensable. No tiene que ver con el deseo sino con la desesperación (...) la droga consiste en el lugar mismo de una ausencia enigmática, que no cesa de representarse compulsivamente. Por consiguiente no se trata en absoluto de reemplazar con las drogas la ausencia de un ser, sino más bien de la erección de la droga en un ser de la ausencia. (...) Contrariamente a la melancolía, donde clásicamente el sujeto se presenta como un deshecho, aquí se trata, aunque parezca imposible, de un deshecho que es la causa del deseo. Aquel que se halla en estado de "adicción" no es mierda, toma mierda para sentirse primero rey, y para terminar por confundirse totalmente con lo que introduce en su cuerpo: en uno u otro momento de su recorrido, es mierda y como tal se siente.» Jacques Hassoun / Jano melancólico

La PBC es una sustancia que contiene el alcaloide de las hojas de coca más sustancias químicas denominadas «precursores» -éter, ácido sulfúrico, kerosene, etc.-, por esto es grande la toxicidad observada en los consumidores. Otro de los factores que la hace sumamente peligrosa son los elementos de «corte» de sustancia: desde fécula hasta vidrio molido de los tubos de luz -agregado por los *dealers* para que pese un poco más y sacar más ganancia. La PBC es una sustancia intermedia que se utilizará para elaborar el resto de los productos derivados de la hoja de coca, que se consume fumada en latas -utilizadas como pipas-, mezclada con tabaco o marihuana, en *tuqueras* -preferentemente fabricadas con antenas de autos o de televisión- y utilizando como filtro la *virulana*. Al ser fumada su efecto es más rápido e intenso y se logran altas concentraciones de droga en el cerebro, actuando más rápidamente que por vía endovenosa, ya que pasa a la circulación pulmonar evitando el S.N.P., llegan-

do al S.N.C. en 8 a 40 segundos, durando su estado de elevación -«high»- de 2 a 5 minutos. La etapa de descenso -«crash»- es rápida e intensa, produciendo apatía, disforia, irritabilidad, depresión y ansiedad, con intensos deseos de consumir nuevamente droga.

Provoca a nivel orgánico contracciones musculares, episodios convulsivos -con riesgo de infartos-, arritmias, isquemias miocárdicas agudas, neumonías, tos, disneas y la presencia de solventes destilados del petróleo produce neumonitis, lesiones en boca y garganta, náuseas, vómitos, diarreas. El vidrio molido lesiona aparato digestivo, manifestado a veces por sangrado anal. Los solventes escaran la piel.

Con su consumo crónico se modifica el sueño REM (reducción total del sueño); disminuye el control de los impulsos -lo que asocia su consumo con la violencia en muchos casos-; produce disfunciones sexuales graves; provoca estados de ideación suicida y depresión, pesadillas, murmullos, alucinaciones visuales y auditivas.

Su consumo compulsivo provoca aislamiento tanto de su grupo familiar como de antiguos grupos de pares que no compartan el consumo, llegando incluso a cortar relaciones sentimentales por tal motivo. Los consumidores se vuelven silenciosos, retraídos, con notables subas y bajas en el carácter, realizan «giras» o «internaciones» en lugares de consumo durante 2, 3, 4 días en villas, departamentos utilizados para tal fin, espacios que funcionan como *fumaderos*, etc. La familia o grupo convivencial comienza a sufrir pequeños robos para sustentar el consumo: desde electrodomésticos y zapatillas hasta ahorros. Al retornar de las «giras» los consumidores suelen hacerlo sin sus pertenencias, muy desmejorados, golpeados, con signos de despojo -descalzos, sin ropa de abrigo en invierno, etc.- y sin mucho registro de lo que pasó durante ese período. Normalmente vuelven a su casa a dormir durante todo el tiempo que puedan, reponerse un poco y volver a consumir. No es una sustancia que se socializa -como puede ser tomar una cerveza con amigos o fumar un porro: el efecto de «high» es tan brusco que no se comparte, lo que explica la ausencia de vida social de los sujetos consumidores.

Resumiendo: tendremos a personas sentadas frente nuestro en un consultorio de un centro de salud pública que no comen ni duermen por días, que han comenzado por *probar* y en 3, 6, 12 mes están fumando de 50 a 150 dosis diarias de PBC, que han cortado relación con todo lo que no esté ligado al consumo, que han intercambiado sexo a cambio de sustancia, que han robado para obtener sustancia, que han vendido desde pañales y leche de los hijos hasta un televisor de la familia, indocumentados, incapaces de otra ligazón con el mundo que no sea una pipa. Lo cual sin dudas obliga a repensar si se les puede aplicar una primera escucha clásica.

4. ¿QUIÉN SE QUEDA EL HUEVO PODRIDO?

«Freud preanuncia la creación futura de sanatorios o lugares de consulta a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica, quienes a través del análisis “volverán más capaces de resistencia y más productivos a hombres que de otro modo se entregarían a la bebida, a mujeres que corren el peligro de caer quebrantadas bajo la carga de las privaciones, a niños a quienes sólo les aguarda la opción entre el embrutecimiento o la neurosis. Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes (...) De todos modos, alguna vez ocurrirá. Y cuando eso suceda “se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones”, entre las cuales presagia la experiencia de que el pobre -menos seducido por la dura vida que le espera y dado además que su condición de enfermo contribuye a hacerlo acreedor de la asistencia social- esté todavía menos dispuesto que el rico a renunciar a su neurosis (...)» G. Pulice, O. Zelis, F. Manson/ Investigar la subjetividad

Titulamos a nuestra investigación «Indicador diferencial entre el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias -manual DSM IV- y el diagnóstico estructural de psicosis -desde el psicoanálisis- en consumidores de pasta base de cocaína (Pa-

co)». Arribamos a él a partir de casuística obtenida en Centros y Servicios de Adicciones Públicos, tanto provinciales cuanto municipales. Uno de los primeros indicadores que nos interrogó fue la cantidad de pacientes que llegaban a una internación o a una derivación con diagnóstico presuntivo de psicosis, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos el paciente se presenta bajo efectos del tóxico, o luego de una ingesta abusiva del mismo. En el caso de la PBC, esto no implica solo alteraciones del curso de pensamiento y lenguaje, sino compromiso corporal.

Muchas veces son acompañados por familiares en posición de querrela ante lo que evidencian como *inacción estatal*: es decir, ni la policía ni el hospital ni la justicia han respondido instantáneamente a su demanda: «¡Intérnelo...!!! No puedo más», dicen. Y relatan un largo martirio: robos domésticos, escapadas, golpes, malos tratos y hasta desagradables olores corporales... «No puedo», dicen. «Pueda usted, porque nosotros...». Supongamos que el profesional de la salud mental pública se sienta conmovido por este relato, o más que conmovido se vea conminado por la orden judicial que determina «la inmediata internación...», o simplemente observe un cuadro que lo tendrá escribiendo frente a familias que gritan, denuncian y se quejan mientras el causante de tanto infortunio -en caso haya asistido- estará bostezando, o dormido por el bajón de la gira. O se rascarán en forma ininterrumpida porque el tóxico lo ha saturado y se exhala por la piel. O caminará pidiendo agua, cigarrillos, galletitas o lo que sea. O mirará carteras y celulares de los profesionales y no para apreciar la belleza de los objetos. Supongamos, decimos, a un profesional que por lo que sea decida internar al adicto a la PBC. ¿Adónde?

El déficit institucional es en éste área muy evidente, a lo que hay que agregar que las pocas instituciones con las que se cuentan se ordenan en el modelo de *Comunidad Terapéutica* de puertas abiertas, ofreciéndose a los jóvenes un *sistema de tratamiento* que poco contempla el origen singular de sus dificultades.

Y no se priven de observar al profesional informándole a adictos y acompañantes que las internaciones tardan tiempo, son voluntarias, sin régimen cerrado y que aún en adictos a PBC para trabajadores de salud mental en general las adicciones son un tema de salud...

A modo de ejemplo citaremos el caso de A: -«¿Un tema de salud...???? Yo no voy a parar hasta conseguir lo que quiero... ¿Sabe que necesita A.? Que lo aten a una camilla, lo inyecten, lo duerman y lo internen lo más lejos posible de esos vagos con los que se junta, en un lugar con candados y donde no pueda salir en dos años... Y se lo juro, licenciada, yo como padre no voy a parar hasta lograrlo... si tengo que ir a la televisión, iré... al final, es donde más nos comprenden...». El Sr. F., papá de A., consiguió internar a su hijo en una clínica psiquiátrica del gran Buenos Aires. A los 3 días A. se escapó del lugar con otros dos pacientes. Cuando llegó a su casa su padre había cambiado la cerradura y al intentar trepar a la terraza para ingresar por la fuerza en su domicilio se cayó, sufriendo politraumatismos y fracturas múltiples.

5. CUANDO AL HUEVO PODRIDO NO LO ATRAPA NI EL DISTRÁIDO....

La clínica actual demanda del profesional de la salud mental pública un complejo entramado que no puede circunscribirse al intercambio psicólogo/ paciente. Lo judicial exige diagnósticos, evoluciones de tratamiento, internaciones. Y en el caso de consumidores de PBC, el atravesamiento con lo judicial y lo médico es incuestionable. No es momento aún de ponernos a pensar el porqué de la necesidad del diagnóstico según DSM-IV o CIE-10. Es lo que se nos pide anotar en una historia clínica, en una *Beca de Internación*, o en una respuesta a un oficio judicial.

Lo que intentamos comenzar a transmitir aquí es el reflejo de nuestro quehacer cotidiano, con una población que según indicadores oficiales crece a un ritmo de 300 % anual. Algo que por lo explicado en cuanto a los efectos sobre el cuerpo y el lazo social no discrimina en cuanto a arrasamiento.

Y pensamos -en una primera instancia- que no es posible «correr» al ritmo del tóxico en la escucha. Es decir: nos enfrentamos

a pensarnos en una práctica que derive en entrevistas donde se pueda comenzar a ubicar condiciones de escucha antes de ubicar un diagnóstico absoluto -aunque se lo denomine *presuntivo*, presuponer psicosis al ingresar a un adolescente o adulto al sistema de salud mental ya sabemos que tiene consecuencias-, sobre todo cuando trabajamos con tóxicos de los cuales muy poco se sabe (en DSM-IV o CIE-10 cuando se alude a diagnósticos tóxicos no figuran más que la cocaína y los consumos clásicos).

Hace apenas un par de años, un funcionario a cargo de una *Dirección de Salud Mental* nos daba una respuesta muy ilustrativa a nuestro requerimiento de tratamientos específicos para los nuevos consumos: «*En realidad, recibimos muy pocos casos de jóvenes que requieren tratamiento por ese tema...*».

Podríamos explayarnos sobre la capacidad de los funcionarios a cargo de direcciones de *Salud Mental* para leer la subjetividad de la época, pero tal vez nos estaríamos alejando del tema... Además, este buen hombre hace tiempo que ya no es funcionario.

BIBLIOGRAFÍA

DISANTO, L.: Un cuarto lleno de espejos. Psicosis y toxicomanías. En "Adicciones: una clínica de la cultura y su malestar". A. Donghi y L. Vazquez. JVE Ediciones.

EHRENBERG, A.: Individuos bajo influencia - Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos. Ediciones Nueva Visión. 1994

ERBARO, C. y Colaboradores: La judicialización de problemáticas económico sociales. Un análisis de casos de protección de persona. Trabajo de la Unidad Técnica de políticas e investigación del Consejo de Derechos de niños, niñas y adolescentes del GCBA.

ESCOHOTADO, A.: Historia elemental de las drogas. Editorial Anagrama, serie Compactos.

FREUD, S.: Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. Obras completas 17. Amorrortu Editores SA.

LACAN, J.: Seminario 17. El reverso del psicoanálisis. Editorial Paidós.

LAURENT, E: Usos actuales de la clínica. EOL, El Caldero Nro. 80, julio 2000. Pluralización actual de las clínicas y orientación hacia el síntoma. Conferencia del 22/09/1999 - Congreso de Salud Mental, Bs.As.

MAIDANA, M.: Cuadro "Pasta Base de Cocaína: características y detección del consumo" en www.aabra.com.ar

MAIDANA, M., y DONGHI, A.: Mencioné que fumaba Paco?. XII Jornadas de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Año 2006.

NASIO, J.D.: Cómo trabaja un psicoanalista. Editorial Paidós, colección Psicología Profunda.

PULICE, G.: La problemática de la internación en el tratamiento de jóvenes afectados por el consumo abusivo de drogas, Conferencia dictada en la Jornada del Departamento Libertad Asistida de la Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia, 2006, inédito.

PULICE, G., ZELIS, O., MANSON, F.: Investigar la subjetividad. Buenos Aires, Letra Viva, 2007.

SZASZ, T.: Nuestro derecho a las drogas. Editorial Anagrama, serie Compactos.