

XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2006.

¿Mencioné que fumaba paco?.

Donghi, Alicia Inés y Maidana, Miriam.

Cita:

Donghi, Alicia Inés y Maidana, Miriam (2006). *¿Mencioné que fumaba paco?. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-039/464>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e4go/842>

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>.

¿MENCIONÉ QUE FUMABA PACO?

Donghi, Alicia Inés; Maidana, Miriam
Pro.In.Psi). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

En el marco de nuestra investigación sobre la correspondencia entre la emergencia de trastornos o lesiones corporales y la abstinencia del consumo de sustancias pensamos una primera cuestión a atender: ¿qué se consume? ¿cómo? ¿en qué contexto? Indagar sobre sustancias consumidas, características y formas de consumo, tiempo de abstinencia, recaídas, nos permite por un lado, despejar organicidad de los síntomas actuales asociado al consumo de sustancias de las que aún poco se sabe; por el otro, trabajar en red e interdisciplinariamente con otros profesionales sin olvidar que -como analistas- sabemos que ese alguien que viene sufre. Y eso hace a la especificidad de nuestro trabajo cotidiano. El caso por caso. Lo que no excluye que cuando un paciente se presenta comunicando una alucinación no nos sea útil saber si, por ejemplo, ha sido un consumidor habitual de éxtasis o LSD, si sigue consumiendo o si está en abstinencia y cuanto tiempo hace de ello. Así creemos viable la introducción de preguntas claves en las entrevistas iniciales de consultantes por problemáticas ligadas al consumo de sustancias, tanto ilegales cuanto socialmente toleradas. Es útil para lo expuesto anteriormente y nos permitirá continuar trabajando alrededor de la abstinencia como condición o consecuencia.

Palabras clave

Síntoma Consumo Abstinencia Sustancia

ABSTRACT

I MENTIONED THAT IT SMOKED PACO?

In the standard of our investigation over the correspondence between the emergence corporal's disorders or injuries and the abstinence, a first matter: ¿What consume? ¿How? ¿What context? Inquire into substances consumed, characteristics, ways of consume, times of abstinence, relapses, it permit us, despeje organicity of actuals síntomas asociate to substances's consumes and to work in net and interdisciplinariement with anothers professionals without forget that -as psychoanalysts- knows that this personne who comes also suffer. This is the specifity of our quotidian work. The case for case. With independence that when a patient present us communicating the alucinación, it is useful, for example, to know if he is the habitual consumer of éxtasis o LSD, or if he continue consuming or if he is an abstinence and how long time from these. The introduction of keys questions in the initials interviews de patients with problematiques associates at the consume substances, illegal and the socialment tolerated. This one permites us to continue working around of the abstinence as condición or consequence.

Key words

Synthome Consume Abstinence Substance

El trabajo clínico en el campo de las toxicomanías se ha visto en los últimos años surcado por la aparición de nuevos términos enunciados por los consultantes. Así, escuchamos: "la keta, la base, el paco, el éxtasis, el ghb, el floripondio, el san pedrito, el nevado, el algi, la pepa, el cucu" y lo que se nos ocurra.

Un joven en una casa pica en un mortero tela de araña y la fuma, otro invierte U\$S 200 en un viaje astral donde un chamán lo conducirá a otra dimensión por medio de la ingesta de cucumelo, otro roba hojas de un árbol común en las calles de Flores y prepara dos litros de té de floripondio, otro se interna en una gira de paco que dura lo que pueda pagar, incluyendo el canje de zapatillas, camperas y reloj, otro danza durante doce horas en una rave interminable extasiado y con una botella de agua mineral en la mano.

Nuevos consumos, de eso se trata.

En el marco de nuestra investigación sobre la correspondencia entre la emergencia de trastornos o lesiones corporales y la abstinencia del consumo de sustancias nos encontramos con una primera cuestión a atender: ¿qué se consume? ¿cómo? ¿en qué contexto?

Prácticamente no hay posibilidades de abarcar en un cuadro las sustancias consumidas en la actualidad. Cuando creemos haber terminado una clasificación aparecen distintos objetos y sustancias que cumplen la función de tóxico. Los discursos de los consultantes están surcados de nombres y apodos que aluden a casi cualquier objeto: un desodorante, un pegamento, una pastilla, un jarabe, un polvo, un preparado, un deshecho, una hoja de un árbol, una pomada, un hongo.

Por otra parte, y no menos importante, la hiperinformación conduce a consulta a personas llenas de nada, donde falta la falta: "sé lo que tengo", nos dicen. No hay interrogante. Allí donde debiera haber pregunta hay descripción: "tengo pánico, soy fóbico, soy adicto, soy ex adicto".

La posición toxicómana parece enmarcar al ex adicto en un rol poderoso frente a la sustancia: "Yo dejo cuando quiero", "Un día dije basta y no consumí más".

Al mismo tiempo, el adicto muchas veces se presenta como tomado por completo por el consumo: "No puedo parar de tomar", "Sé cuando empiezo, el resto no me importa".

¿Es la abstinencia condición o consecuencia?

Mientras algunos nos interrogamos en nuestra práctica aplicando el caso por caso, hay otros que parecen ocupados en dar respuestas un tanto más veloces. Así, el médico o psicólogo televisivo le da pistas al padre que quiere saber si su hijo se droga: si de diez características el joven cuadra en por lo menos cinco el padre sabrá que tiene un hijo adicto, y podrá copiar teléfonos y direcciones de lugares de tratamiento. Entonces el padre acudirá a otro profesional no para hablar de su hijo o de lo que le pasa, sino para participarlo de su problema: tiene un hijo adicto. "Ya no es mi problema", parece decirnos. "Usted, cúrelo. ¿Lo van a internar o medicar? ¿Cuándo tiene que venir?" Así de sencillo. El problema ya es del Estado. O de la Salud Pública.

Otro instrumento muy actual para rotularse es Internet. Google nos tiene a mano siempre una solución a nuestras dudas. Lo decía muy claramente un paciente: "Yo siempre pensé que no me gustaba salir porque me aburría, pero ahora encontré en Internet un listado de síntomas de fobia social y me dí cuenta que tengo eso. Es más: chateando con otras personas en mi misma situación me invitaron a un grupo virtual y me siento

mejor. *Sigo sin salir, pero sé lo que tengo. A muchos nos pasa lo mismo...."*

La clave es "a muchos".

¿Será que "a muchos" no duele tanto???

La experiencia clínica nos indica que los pacientes que consultan no solo gustan de definirse y rotularse, sino que más que de lo psíquico en un primer momento se quejan del cuerpo. Y ello nos lleva al objeto de nuestra investigación, donde en una primera etapa nos interrogamos : ¿puede la abstinencia de sustancia estar relacionada con el síntoma corporal o psíquico en relación a la característica de la ingesta?

Presentaremos a modo de ejemplo dos casos: R. tiene 44 años. En su historial de consumo podemos incluir alcohol, marihuana (*"la de antes, punto rojo, santa marta, no la porquería de ahora"*), lsd, anfetaminas, rohypnol, cocaína, morfina, san pedrito, hongos.

Derivada por el servicio de infectología del hospital, ya que es portadora de HIV hace diez años, se presenta como *"alcohólica, básicamente"*. En relación al consumo de cocaína por vía endovenosa es tajante: *"Hace 10 años que dejé. No fue por las sobredosis ni por el dolor, con eso puedo. No quise más."*

Al momento de la interconsulta se queja de sangrado anal, escaras en los brazos, rigidez en la zona del cuello, depresión y enfatiza que con su pareja, también alcohólico *"hace meses que sexualmente ya no pasa nada. No tengo ganas. Que se busque a otra si quiere "eso", pero yo no tengo ganas"*. También refiere ser *"agorafóbica"*, con lo cual habitualmente comienza sus entrevistas quejándose de lo mucho que le cuesta concurrir al hospital, donde *"hay mucha gente y siempre hay que esperar para que lo atiendan a uno"*.

Consulta con el servicio de Ginecología y con el servicio de Gastroenterología.

No encuentran causa orgánica a sus padeceres. Le indican óvulos y algunos otros estudios, pero R. sigue manifestando molestia orgánica. Durante las primeras entrevistas habla de su lucha para evitar consumir alcohol, describiendo que se encierra durante casi todo el día en la habitación con el "chupete electrónico" (como nombra al televisor) a ver documentales ya que no puede dormir. Un día llega a consulta con un ojo negro: *"Me peleé con el transa, no me quiso fiar y yo no daba más. ¿Te mencioné que fumaba Paco?"*. R. se exclama: ha consumido pasta base de cocaína casi diariamente durante los últimos tres años, consignando que *"estuve cuatro meses en abstinencia pero el domingo pasado no aguanté mas y compré. Para los primeros cuatro tenía algo de plata pero cuando quise más ya no tenía....No, no podía parar...me molió a palos el turro y no me quiso fiar...Y ya sabés como es con la "base": uno, dos...20...no, no podés parar..."*

A lo largo de las entrevistas R. no había hecho mención de este consumo. ¿Es un dato menor? No. En la composición de la pasta base de cocaína confluyen el alcaloide de las hojas de coca, solventes (kerosene, gasolina, ácido sulfúrico), vidrio molido (específicamente de los tubos de luz), virulana, cal, amoníaco. En recientes estudios médicos se ha podido detectar que el consumo sostenido de PBC produce modificaciones del sueño REM (reducción total del sueño), disminución del control de los impulsos, disfunciones sexuales graves, estados de ideación suicida y depresión, en tanto orgánicamente produce contracciones musculares, episodios convulsivos (con riesgo de infarto), arritmias, isquemias, neumonías, tos, diseñas, neumonitis, lesiones en boca y garganta, lesiones y sangrado anal, náuseas, vómitos, diarreas. (1)

Estamos hablando de una sustancia de la cual hace cinco años o más no se sabía prácticamente nada.

¿Cambiaría la consulta de R. a Ginecología y a Gastroenterología si se tomara en cuenta su adherencia a determinada sustancia, tiempo de consumo, tiempo de abstinencia?

Siguiente caso: el paciente A. tiene 41 años. Trabaja de operador terapéutico en una comunidad de recuperación de adictos, participando profesionalmente del servicio de internación.

Cumple guardias de 12 horas a razón de 48 horas semanales. Ha sido consumidor de cocaína por 11 años sostenidamente hasta que se sometió a un tratamiento que finalizó en el año 1998, no consumiendo cocaína desde ese momento. En los últimos años prácticamente no ha tomado alcohol, solo ha sostenido e incrementado su adicción al tabaco. En los últimos meses comienza a quejarse de estar atravesando un estado de pánico, nombrando como síntomas *"sudoración de palmas de las manos, taquicardia, dolor en el pecho, mareos, estados confusionales"*. Consulta con el médico clínico, quién le diagnostica estado de stress, recetándole tranquilizantes y recomendándole que baje el ritmo laboral. El paciente A. sigue presentando la sintomatología antes descripta y en una sesión se pregunta si esto tendrá algo que ver con su consumo de cocaína y la cantidad de años que lleva de abstinencia *"porque estoy teniendo sueños y me despierto como si estuviera consumiendo"*. Consulta nuevamente con el médico clínico pero esta vez incluye el dato del consumo. El profesional lo deriva al cardiólogo, quién indica ecodoppler cardíaco y otra batería de análisis.

Estos breves ejemplos nos sirven para presentar la instancia de nuestra investigación ubicada en una primera etapa, en la que la unidad de análisis se centra en historias clínicas y relatos de los profesionales, aplicando el criterio de selección en un muestreo de diez protocolos por centro u hospital designado, tomando como variables -entre otras- trastornos corporales, tratamientos previos, modelo de intervención, diagnóstico, etc. El trabajo clínico desde un marco psicoanalítico nos plantea hoy día nuevos desafíos ante sujetos que no soportan la espera: no pueden esperar desde la inscripción en una ventanilla hospitalaria hasta una cita en una consulta ambulatoria. Que no quieren saber de sí mismos, sino definirse. A quienes la televisión o Internet les permite incluirse en un ser (*"soy adicto", "soy ex adicto", "soy fóbico", "soy anoréxica"*) sin tener que preguntarse primero que significa ser. El vacío insostenible, antes taponado por cualquier sustancia, se resiste a ser puesto en palabras: cuando *"cae"* la sustancia es sustituida por el *"soy, tengo, y no me pasa a mí solo: somos, tenemos"*. Indagar sobre sustancias consumidas, características de consumo, formas de consumo, tiempo de abstinencia, recaídas, nos permite un doble movimiento: por un lado, despejar organicidad de los síntomas actuales asociado al consumo de sustancias de las que aún hay mucho por saber ; por el otro, trabajar en red e interdisciplinariamente con otros profesionales tratando de no olvidar que -como analistas- sabemos que ese alguien que viene sufre. Y eso hace a la especificidad de nuestro trabajo cotidiano.

El caso por caso.

Lo que no excluye que cuando un paciente se presenta comunicando una alucinación no nos sea útil saber si, por ejemplo, ha sido un consumidor habitual de éxtasis o LSD, si sigue consumiendo o si está en abstinencia y cuanto tiempo hace de ello.

Por ello creemos viable la introducción de preguntas claves en las entrevistas iniciales de pacientes que concurren a consultar por problemáticas ligadas al consumo de sustancias, sean estas ilegales o de uso tolerado socialmente (alcohol, tabaco, comida, internet). Creemos que sirve para lo expuesto anteriormente y también nos permitirá continuar trabajando en la cuestión de abstinencia como condición o consecuencia.

Si como analistas creemos que el Amor es aquello que media entre uno solo y la posibilidad de darle sentido al síntoma, como analistas también tenemos que poder enfrentarnos a nuestro desconocimiento en cuestiones de las que recién comienza a saberse algo.

Nuestro trabajo tiende a compartir e intercambiar experiencias de nuestra clínica en función de hacernos cargo de que son otros tiempos, otras urgencias, otros padeceres, otros consumos. Hermética puede ser una palabra o una banda de rock. Base puede ser un apoyo o un tóxico.

Como decía **Eric Laurent** en su última visita a Buenos Aires: *"El Psicoanálisis está en transformación. Se ha diversificado y aplicado a toda clase de patología que antes no encajaba en el método general gracias a la extensión de las psicopatologías (...). (Los adictos) necesitan un tipo de lugar para acogerlos, para atender las necesidades que tienen, pero esto es también parte de la aplicación del psicoanálisis. Si no se olvida que, cualquiera sea el modo de asistencia, hay una necesidad de lazo social, de palabra, para reintroducir a estos sujetos (adictos), que cuelgan de nuestra atmósfera pero que se van por senderos de perdición."* (2)

NOTAS

(1) Se pueden consultar los artículos "Pasta Base de Cocaína: características clínicas, diagnóstico y tratamiento en el consumo agudo y crónico" (Dra. Silvia Ranze) y "Fases de la cocaína" (Dr. Gustavo Bidacovich), ambos de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones del Gobierno de la Prov. De Buenos Aires, publicados en la Revista Abordajes Nro. 1; el reportaje al infectólogo peruano Dr. Eduardo Gotuzzo en la página de "Society for the infection diseases"; el cuadro de "Pasta Base de Cocaína: características y detección del consumo" en www.aabra.com.ar (trabajo del servicio de Adicciones del Hospital Piñero a cargo de la lic. Liliana Vázquez Barrile), y otros.

(2) Reportaje de Hector Pavón a Eric Laurent en "Eñe", revista de cultura del diario "Clarín".

BIBLIOGRAFÍA

CASTRILLEJO, M.: Clínica del vacío: psicoanálisis aplicado a los nuevos síntomas. En Ecos y matices en psicoanálisis aplicado, Ed. Gramma, Bs. As., 2005.

DOBON, J. Y HURTADO, G. (compiladores): Las drogas en el siglo... qué viene?, FAC XXI, noviembre 1999.

DONGHI, A.: Alcance de la aplicación del modelo de reducción de daños al campo asistencial en el tratamiento de las adicciones. Ponencia en las "XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR" (Agosto 2005).

DONGHI, A. y otros: Innovaciones de la práctica. Gramma ediciones. 2003
KOUIMTSIDIS, C., SCHIFANO, F., SHARP, T., FORD L., ROBINSON, J. AND MAGEE, C.: Neurological and Psychopathological Sequelae Associated With a Lifetime Intake of 40,000 Ecstasy Tablets. Magazine Psychosomatics, UK, 2006.

LACAN, J.: Seminario X "La Angustia", Seminario XVII "El Reverso del Psicoanálisis".

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.

VIRILIO, P.: El arte del motor. Aceleración y realidad virtual. Ed. Manantial, Buenos Aires. 1996.