

I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2009.

## **Diagnóstico diferencial <> diferencia del sujeto. Cuando el otro falla....**

Migdalek, Silvia, Maidana, Miriam, Disanto, Luis Alberto,  
Pulice, Gabriel Omar y Brusau, Cecilia.

Cita:

Migdalek, Silvia, Maidana, Miriam, Disanto, Luis Alberto, Pulice, Gabriel Omar y Brusau, Cecilia (2009). *Diagnóstico diferencial <> diferencia del sujeto. Cuando el otro falla.... I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-020/674>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/M2e>

*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 <> DIFERENCIA DEL SUJETO. CUANDO EL OTRO FALLA...

Migdalek, Silvia; Maidana, Miriam; Disanto, Luis Alberto;  
Pulice, Gabriel Omar; Brusau, Cecilia  
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

## RESUMEN

En el ámbito de la salud pública cuando una persona concurre al encuentro de un profesional, suele ser recibido y atendido en una primera escucha que desencadena un interesante entramado de fichas, historias clínicas y urgencias que implica ubicar al potencial paciente en algún dispositivo; al cual ingresará de distintas formas pero con una condición sine qua non: el diagnóstico presuntivo según la formulación del DSM o el CIE-10, ambos manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales. En nuestro trabajo, a partir de un paciente internado en una Unidad de Desintoxicación por su consumo de Pasta Base de Cocaína, intentaremos dar cuenta de la dificultad que plantea asociar indeciblemente el consumo de un tóxico con la estructuración subjetiva de un sujeto adulto, y las diferencias entre la escucha psicoanalítica -allí donde un analista se constituya- y el diagnóstico psiquiátrico, requiriendo calificación y clasificación de un consultante.

## Palabras clave

Diagnóstico Paco Tóxico Psiquiatría

## ABSTRACT

DISTINGUISHING DIAGNOSIS <>  
DIFFERS FROM THE SUBJECT. WHEN OTHER FAILS...

In the ambience of the public health when a person meets to the meeting of a professional, it usually is received and attended in the first listening that unleashes an interesting framework of cards, case histories and urgencies that it implies locating to the patient potential in some device; to which it will enter of different forms but with a condition sine qua non: the diagnosis presuntivo according to the formulation of the DSM or the CIE-10, both diagnostic and statistical manuals of the mental disorders. In our work, from an inpatient in a Unit of Detoxification for his consumption of Basic Pasta of Cocaine, we will try to realize of the difficulty that raises to associate unfailingly the consumption of a toxic with the subjective structure of an adult subject, and the differences between the psychoanalytic listening - there where an analyst is constituted - and the psychiatric diagnosis, needing qualification and classification of a consultant.

## Key words

Diagnosis Paco Toxic Psychiatry

*"En esta canción, no hay mensajes para vos/uno y dos son tres, arruinado hoy me ves/Me puedes buscar, pero nunca encontrar/mi cuerpo esta aca mi cabeza mas allá/ Porque yo nunca lo hice, nunca mas lo vuelvo a hacer/ porque todo se repite sin que yo lo quiera hacer/ porque facil se presenta cuando no lo quiero hacer/ porque vivo como un muerto pero vuelvo a nacer/ Si yo soy así, no es por culpa de la droga/ si yo soy así, no es por culpa del alcohol"*<sup>1</sup>

En el ámbito de la salud pública cuando una persona concurre al encuentro de un profesional, suele ser recibido y atendido en una primera escucha que desencadena un interesante entramado de fichas, historias clínicas y urgencias que implica ubicar al potencial paciente en algún dispositivo al cual ingresará de distintas formas pero con una condición sine qua non: el diagnóstico presuntivo según la formulación del DSM o el CIE-10, ambos manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales.

Aquí ubicamos un primer problema, en relación a lo siguiente: "En la conferencia 16, *Psicoanálisis y psiquiatría*, Freud (...) se refiere a acciones sintomáticas de los pacientes frente a las cuales el psiquiatra, dice, adopta la actitud de declararla una contingencia sin interés psicológico, y no le da más importancia. Señala también, en su esfuerzo por diferenciar la clínica psicoanalítica, que por ejemplo a ideas absurdas o inaccesibles a argumentos lógicos en los pacientes, la psiquiatría ha convenido en llamarlas sin más «ideas delirantes», siendo esto todo lo que puede hacer con ellas, calificarlas para luego clasificarlas. (...) Querrán ustedes saber por qué la psiquiatría científica no quiere darnos más referencias. Pero yo les respondo: ¡maldito sea quien dé más de lo que tiene! Digamos que el psiquiatra, justamente, no conoce ningún camino que lo haga avanzar más en el esclarecimiento de un caso de esta índole. Tiene que conformarse con el diagnóstico y un pronóstico del desarrollo ulterior, pronóstico inseguro por rica que sea su experiencia».<sup>2</sup>

Para que haya diagnóstico, entonces, tiene que haber un consultante.

En este caso lo llamaremos O. Ingresó por la guardia de un Hospital de Agudos un sábado al mediodía. En el libro de la guardia se registra lo siguiente: "O., policonsumo, cocaína desde hace 18 años y PBC desde hace 6 meses. Paciente de regular estado general, vigil, orientado en tiempo y espacio, sin ideación delirante, refiere alucinaciones auditivas y visuales anteriores a comenzar con el consumo. Sin conductas auto o heteroagresivas. Se orienta sobre tratamiento en Centro de Adicciones y se entrega medicación para 48 hs. (halopidol 5 mg, clonazepan 1 mg. 2 x día). Se entrega receta para retirar medicación del Hosp. Cocaína: 15 grs./día. PBC: 2 bolsitas/día"

O. cumple la indicación y concurre a un Centro de Atención a las Adicciones donde es entrevistado 4 veces: 3 por una psiquiatra y 1 por una psicóloga. Las profesionales determinan que el paciente no cumple requisitos para un tratamiento ambulatorio y sugieren sea internado en una clínica para los llamados pacientes duales: es decir, patología de base psicótica y consumo abusivo de sustancias tóxicas. El paciente no acepta la indicación (no tiene "tiempo" para una internación prolongada), pero si considera internarse en una Unidad de Desintoxicación de un Hospital General para "cortar" lo compulsivo de su consumo.

En la Beca de Derivación que realizan ambas profesionales para la Unidad de Desintoxicación, ubican como motivo de consulta su adicción a la PBC y otras sustancias: Alcohol: 15 litros (hace 10 años) Cocaína: 10 grs (hace dos días) PBC: 2 bolsas (hace 1 día) Psicofármacos: 5 pastillas (hace 15 días); Diagnóstico toxicológico: policonsumo; Diagnóstico de personalidad: no especificado; Diagnóstico presuntivo: patología dual; Conductas autoagresivas: intento de suicidio (ruleta rusa, ahorcamiento, etc); Conductas heteroagresivas: no presenta; Vive con la esposa y sus 3 hijos; sin antecedentes familiares significativos; sin tratamientos anteriores.

Aceptado en el Servicio, ingresa acompañado por su esposa -quien se constituye en referente: se hará cargo de visitarlo, le proveerá ropa y otros enseres durante su estancia en el Servicio, y lo retirará cuando obtenga alta o derivación a otro lugar de internación (las Unidades de Desintoxicación previenen internaciones breves durante las cuales los pacientes son chequeados clínicamente y medicados psiquiátricamente para abordar la abstinencia corporal al consumo de drogas, en caso la hubiere).

Es admitido por un médico, quien copia el rastreo de consumo desde la beca de derivación (es un médico clínico) y anota algunos datos: "Trabajos: colectivo, albañil y pintor de casas; Intentos de suicidio: ruleta rusa a los 20 (vs. veces), ahorcamiento (27 años, por problemas de pareja); Conductas heteroagresivas: presenta heridas de arma de fuego a raíz de riña callejera, perdigones en el tórax y otra herida en pierna derecha; Escolaridad: primario completo, con problemas de conducta. Expulsado del secundario en 1er. año por los mismos problemas.; Familia: 1 hermano mayor (le lleva 4 años) con muy poco trato, padres fallecidos; Vive con su pareja de hace 15 años y 3 hijos (el mayor de crianza, los otros dos propios) de 16, 11 ½ y 5 (nena); Estado actual: se considera una persona depresiva, solitaria y nerviosa, desde hace dos años: aislamiento social y desinterés; Intentos de

suicidio: a los 36 años intenta ahorcarse nuevamente en un árbol de atrás; de su casa: se rompe la rama; se ha prendido fuego, pero los vecinos le avisaron a la esposa y apagaron el fuego con baldes de agua; su hijo mayor llega antes del colegio y lo encuentra desmayado con varias cajas de psicofármacos a su alrededor y lo hace vomitar, tras lo cual lo llevan a la guardia de un hospital de donde se escapa luego de unas horas; Diagnóstico presuntivo: trastorno distímico”

Siguiendo el relato se puede apreciar que, entrevistado por cuatro profesionales diferentes, cada uno de ellos ha dado un diagnóstico presuntivo: el primer profesional lo atendió por guardia, lo medicó y ubicó como usuario de drogas; dos profesionales lo recibieron en el Centro de adicciones y lo ubicaron como paciente dual; otro profesional lo recibió en la Unidad de Desintoxicación y lo diagnosticó distímico (“Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante por lo menos dos años”).<sup>3</sup>

Tengase en cuenta que el sr. O. no había consultado antes de sus 37 años de vida, lo cual no es un dato menor, ¿verdad?

*“La sintomatología de la mirada es siempre una sintomatología del Otro, establecida por el médico. En la psiquiatría se hace hablar al paciente, sin duda alguna, pero en la medida en que a través de lo que dice, pueda entregar los signos de la especie mórbida a la que pertenece. Se busca en su palabra no las huellas de un sujeto, sino las huellas de su enfermedad. Es por tanto un hetero-diagnóstico, un diagnóstico que viene del Otro y en el cual la palabra en absoluto es constituyente, simplemente es el vehículo de los signos. Enseguida se pone de manifiesto que hay un problema con el psicoanálisis, porque en él, se acoge el síntoma constituido de una manera muy distinta. Cuando digo “se acoge el síntoma” quiero decir el síntoma que puede tratarse, no quiero decir simplemente el que se nos presenta, y tal vez es incluso seguro que no todos pueden tratarse”.*<sup>4</sup>

En las entrevistas individuales con el psicólogo de la Unidad de Desintoxicación aparecen otras particularidades: O. no es un policonsumidor (f19.2x: Dependencia de varias sustancias: este diagnóstico se reserva para aquellos casos en los que durante un período de tiempo de 12 meses el sujeto consume repetidamente como mínimo tres grupos de sustancias -la cafeína y la nicotina no se incluyen- sin que predomine una sustancia sobre la otra) ya que solo consume drogas “de a una por vez”. Es más: a partir de la 1ra. entrevista con el profesional médico psiquiatra de guardia, donde fue medicado, no volvió a fumar PBC “porque me recetaron pastillas, y yo no mezclo”. Lo que debemos pensar es que tanto diagnóstico sobre un mismo paciente tiene efectos en el mismo, ya que al diagnosticarlo como “trastorno distímico” le cambiaron el esquema de medicación...por tercera vez en menos de un mes. A su vez la calificación de policonsumidor se asocia al cumplimiento de los requisitos para que un paciente sea aceptado en distintos dispositivos de internación. Por supuesto no ignoramos que los profesionales estamos regidos por leyes de Ética, no queremos imaginar sino no lo estuviéramos...

Hasta aquí pareciera que el Sr. O. de lo que debiera desintoxicarse es de los Otros, o como dice C. Soler: *“la época actual es más bien diagnóstica: se diagnostica bien o mal a diestro y siniestro. Los propios sujetos lo demandan: dígame lo que soy, dígame lo que tengo, quieren etiquetas, tal vez eso los tranquiliza ante el desconcierto reinante”.*<sup>5</sup>

Los datos faltantes en el paciente presentado son sus antecedentes familiares significativos: su padre murió cuando él tenía seis años, luego de vomitar sangre encima de él. Estaba internado en el Hosp. Muñiz.; su madre falleció cuando él tenía “14 años y medio”, por una bala que se le disparó a su hermano mientras limpiaba el arma reglamentaria (el hermano le lleva 4 años, y era miembro de una fuerza armada: tras el episodio le dieron la baja, pero no fue preso); O. quedó al cuidado de su abuela, que ya estaba enferma de cáncer: falleció cuando él tenía 16 años, y él fue quien se encargó de cuidarla y acompañarla en el tratamiento.

A partir de ahí consumió -por períodos, y nunca simultáneamente- alcohol, cocaína, psicofármacos, alucinógenos (San Pedrito, cumelo, LSD) y PBC.

Por qué comenzó a consumir O.?

“Yo tengo pesadillas desde chico, desde los siete años...-Después

que falleció su padre? -Si... no pude dormir de noche por años... sentía que había gente, o lo sabía, o veía las paredes manchadas de sangre. Mi mamá me llevó a un psicólogo porque empecé a tener problemas en la escuela, y me pidió que haga un dibujo: yo dibujé un revólver. El psicólogo me dijo a mí y a mi mamá que yo era autodestructivo. No me olvidé nunca de que él tenía razón...Y después de que murió mi mamá las pesadillas eran insoportables: veía el tiro, la veía caer llena de sangre...comencé a tomar por eso: tomaba mucho y me dormía, y así no tenía pesadillas...”

Si siguieron el relato, notaran que hablamos de un paciente internado para desintoxicarse. ¿De qué?, podríamos pensar desde el marco del plan de trabajo que nos trazamos en nuestra investigación donde ubicábamos que para el Psicoanálisis, las toxicomanías no configuran una estructura autónoma, se presentan como un fenómeno, transestructural complejo y ambiguo por el entrecruzamiento de los efectos neuroquímicos de las sustancias, la singularidad subjetiva y la referencia social sobre las drogas. Si el diagnóstico diferencial de estructura ocupa un lugar central en la adopción de estrategias clínicas en la dirección de una cura, mas aun en la distribución de recursos en salud. Es decir: un tóxico no determina una estructura.

Este paciente ha asistido a la muerte de ambos padres en edades claves de su estructuración subjetiva. Tuvo en la infancia un primer contacto con alguien que debiera haber escuchado su sufrimiento, su padecer y sin embargo lo rotuló.

“Autodestructivo”, dijo. Y él le dió la razón por completo: durante años consumió distintas sustancias tóxicas solo para dormir sin pesadillas. Cuando no alcanzó sosiego se prendió fuego, se colgó, se tomó 100 pastillas, tiene un tiro, perdigones en el tórax, jugó ruleta rusa, hasta que un día vió en la televisión un informe especial: **“El Paco mata en seis meses”**.

Ah, pensó. Por fin alguien sabe lo que yo necesito....

Al paciente O. no le ha fallado el tóxico: le ha fallado el Otro.

“Yo supongo que estoy loco...nadie puede andar haciendo las cosas que yo hago sin estar loco...esto de andar queriéndome matar, o que me maten...pero no lo consigo...encima me mienten! Esto del Paco...usted escuchó lo que dicen en la tele, que en seis meses mata? Bueno, dígame a la gente que es mentira. Me vé a mí? Bueno, yo estuve 7 meses dale que dale. He fumado 4 días sin dormir y sin parar. Y me morí? No. Siempre es lo mismo...ni arriba me quieren, ni abajo me quieren...tendré que acostumbrarme a vivir en el medio...”

O. consultó ante la equivocación propia del no saber del Otro, y dió por finalizada su internación a los quince días retirándose contra opinión médica. El equipo profesional decidió enviar un informe a la justicia advirtiendo las características que hacían suponer que el sr. O. continuaría con sus intentos de matarse e intoxicarse para poder dormir, para acallar el dolor, para no recordar.

Su mujer lo retiró muy feliz: “Yo lo necesito, a veces me cansa pero él me ayuda con los chicos, limpia la casa...”

Su hijo biológico mayor tenía 11 años “y medio” cuando escuela remitió un informe al Hospital solicitando urgente atención para el niño, ya que presentaba “trastornos conductuales” y alegaba “haber presentado la muerte de la abuela”.

O. se siente identificado con el niño: “Tiene lo mismo que yo, yo se lo pasé...yo no puedo querer a nadie porque todo lo que quiero se muere...con él intenté no quererlo pero no pude, es mi hijo...lo que no voy a permitir es que pase por lo mismo que yo...de ninguna manera...”

La sra. de O. llevó al niño a dos entrevistas con el equipo de niños del hospital: no volvió, ya que *“yo no puedo ocuparme de todo”* solía repetir.

O. deshechó la oferta de continuar con entrevistas en algún centro psicopatológico de la zona.

El juez nunca contestó el oficio judicial.

No solo a O. le falló el Otro...

## NOTAS

<sup>1</sup> Del álbum "Nunca nos fuimos pero ahora volvimos", 1995.

<sup>2</sup> Pulice G., Zelis O., Manson F., "Investigar la subjetividad", Letra Viva

<sup>3</sup> DSM-IV Breviario, Asoc. Psiquiátrica Americana, 1994

<sup>4</sup> SOLER C., "Del diagnóstico en Psicoanálisis", en "La querrela de los diagnósticos" de próxima aparición.

<sup>5</sup> SOLER C., obra citada.

## BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA - DSM-IV Breviario Criterios diagnósticos - 1994

BÓ SÁNCHEZ, N.; BELISTRÍ, U. Problemas planteados por el consumo de PBC en la psiquiatría forense - Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 71, Agosto 2007

DONGHI, A.; MAIDANA, M.; PULICE, G.; DISANTO, L.; BRUSAU, C. Diagnóstico diferencial y criterios de derivación en las entrevistas preliminares de usuarios consumidores de PBC - XV Jornadas de Investigación y IV encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur 2008 - Tomo III

FREUD, S. Conferencia 16: Psicoanálisis y Psiquiatría, en Introducción al Psicoanálisis - Obras Completas

MAIDANA, M.; DONGHI, A. Mencioné que fumaba Paco? - XIII Jornadas de Investigación del Mercosur - Tomo II

MILLER, J.A.; LAURENT, E. El Otro que no existe y sus comités de ética - Paidós

PULICE, G.; ZELIS, O.; MANSON, F. Investigar la subjetividad - Letra Viva

SOLER, C. Del diagnóstico en Psicoanálisis, en La Querrela de los diagnósticos - Inédito, de próxima aparición