

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Elucidaciones iniciales acerca de la complejidad clínica en relación al consumo de pasta base de cocaína (paco) en pacientes afectados por VIH/SIDA.

Dupont, Mario Alberto.

Cita:

Dupont, Mario Alberto (2014). *Elucidaciones iniciales acerca de la complejidad clínica en relación al consumo de pasta base de cocaína (paco) en pacientes afectados por VIH/SIDA. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/612>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/yZw>

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>.

ELUCIDACIONES INICIALES ACERCA DE LA COMPLEJIDAD CLÍNICA EN RELACIÓN AL CONSUMO DE PASTA BASE DE COCAÍNA (PACO) EN PACIENTES AFECTADOS POR VIH/SIDA

Dupont, Mario Alberto
UBACyT, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El presente trabajo se ha elaborado en el marco del proyecto de investigación UBACyT de la programación científica 2013-2016: "Diagnóstico diferencial del modo de tramitación del dolor en usuarios de Pasta Base de Cocaína (PACO) para la adecuada derivación intrahospitalaria a servicios relacionados con el cuidado integral de la salud" Dirigido por la Lic. Alicia Donghi. El abordaje de la complejidad diagnóstica existente entre quienes padecen SIDA y consumen PACO ha sido poco investigado. Si bien se ha determinado que el abuso de sustancias y de alcohol (Gore-Felton & K., 2008) influyen en la progresión de la enfermedad; la complejidad entre ambas problemáticas merece especial atención. Metodológicamente, nos hemos centrado en el análisis de entrevistas en profundidad a pacientes que presentan este gozne patológico y a informantes claves pertenecientes a un Hospital de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires. Hemos precisado que la fuerte impronta en la similitud de los signos médicos en ambas patologías complejiza la evaluación psicológica para una correcta derivación médica, así como que durante el periodo de consumo activo no presentan Adherencia al tratamiento ARV.

Palabras clave

HIV-Sida, Adicciones, Cuerpo, Dolor

ABSTRACT

INITIAL ELUCIDATIONS ABOUT THE COMPLEXITY OF THE CLINIC IN RELATION TO THE USE OF PASTA BASE OF COCACINE (PACO) ON PATIENTS AFFECTED BY HIV/AIDS

This work was elaborated in the framework of the research project UBACyT of the scientific programming: "Differential diagnostic of the way Pasta Base of Cocaine (PACO) users handle the pain for the appropriate in-hospital derivation to services related to integral healthcare" led by Lic. Alicia Donghi. The research about the complexity of the diagnosis between AIDS patients and PACO users has been under researched. Although it has been determined that substances and alcohol abuse (Gore-Felton & K., 2008) has an influence on the disease progression; the complexity between both problematics deserve special attention. Methodologically, we have focused on the analysis of in-depth interviews to patients who present this pathological hinge and key informants of an acute care Hospital in the city of Buenos Aires. We have identified that the strong similarity between medical signs in both pathologies makes the psychological evaluation for the appropriate medical derivation more complex, also, the patients do not present adherence to antiretroviral therapies during the period of active consumption.

Key words

HIV/, Aids, Addictions, Body, Body, Pain

INTRODUCCION

La infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) y su expresión clínica última el síndrome de la inmunodeficiencia Adquirida (sida), constituyen desde hace más de tres décadas un problema pandémico de interés mundial. A partir de su aparición y dada la incurabilidad que se extiende hasta la actualidad, millones de muertes en el mundo han sido provocadas a causa de esta enfermedad. Desde los comienzos, la patología se ha vinculado a un pronóstico "mortal", lo que llevó a pacientes y profesionales a confrontarse con una problemática compleja, impregnada de dolor, frustración e impotencia. Y si bien desde 1995 a partir de la instauración de los nuevos tratamientos antirretrovirales, podemos hablar de una "cronificación" de la infección y un mayor control del sida en tanto etapa final, otros aspectos hacen de esta problemática una Clínica de creciente complejidad. La llegada tardía al diagnóstico y tratamientos, el consumo de sustancias tóxicas, la exposición a nuevas infecciones de transmisión sexual o eventuales coinfecciones, la falta de adherencia al Tratamiento Antirretroviral, o la combinatoria de algunas de ellas, nos confrontan a un deterioro progresivo del organismo. Nos encontramos frente a situaciones donde la auto conservación sufre una fuerte alteración así como la pulsión destructiva gana terreno creciente. Tal es el caso donde se produce la desestimación de la sintomatología de la enfermedad, en pos de la similitud del deterioro orgánico a causa del consumo. Asimismo frente a la combinatoria del consumo de drogas en pacientes con VIH/sida y el abandono del tratamiento antirretroviral. Surge la pregunta por el lugar que ocupa el cuerpo en este entrecruzamiento y por cuales son los límites por los cuales este cuerpo no es registrado como tal en determinadas circunstancias, realización que queda manifiesta en un organismo doblemente degradado. Con este trabajo nos proponemos abrir algunas reflexiones y articulaciones que hacen al trabajo clínico en esta área, donde la teoría queda limitada y el tiempo de intervención cuenta en forma inminente. Metodológicamente, nos centraremos en el análisis de entrevistas en profundidad a pacientes que padecen de inmunosupresión grave (Tienen sus defensas muy bajas, valores de riesgo que han conservado por el término de cuatro años independientemente de haberseles indicado TARV) que presentan este gozne patológico y a informantes claves (médicos infectólogos tratantes) pertenecientes a un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

EL PROCESO INFECCIOSO Y EL DETERIORO ORGANICO DEL SIDA

La infección por el retrovirus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) es un complejo proceso, en el que se ven principalmente afectadas células del sistema inmunológico, así como otras células y órganos del cuerpo humano. El avance de la replicación viral así como el deterioro inmunológico en estos pacientes es progresivo, y dicha evolución en la mayoría de los pacientes no tratados oportunamente, desencadenará en el desarrollo del sida, proceso caracterizado por un grave deterioro de la inmunidad celular debido a la infección por VIH, que predispone a los pacientes a infecciones oportunistas, enfermedades marcadoras y neoplasias. Desde el primer momento en que ingresa el VIH al organismo (Hospedero o Huésped), se presentan distintos estadios en la enfermedad, en un proceso que va desde un periodo inicial que abarca desde la primera a la cuarta semana, momento denominado de la “Primoinfección” o “Síndrome retroviral agudo”, caracterizado por síntomas de mayor frecuencia tales como “dolor de cabeza agudo, dolor retroorbital, dolores musculares, dolor de garganta, fiebre alta o moderada, nodos linfáticos inflamados” (Levy J., 2008, p.113) entre otros; pasando luego a un “Periodo intermedio, crónico o asintomático”, en general de varios años de evolución en el que el sistema inmune se ve afectado, pero controla la constante replicación viral ; y por último el estadio final o de crisis, etapa del sida en el que se presenta un excesivo incremento en la replicación retroviral y una disminución total de la capacidad de respuesta del sistema inmunológico debido a la ausencia de población linfocitaria defensiva. A partir de 1987 la Administración de Drogas y Alimentos de EEUU. (FDA) aprueba el AZT como primera droga contra el retrovirus, de la misma forma que en 1995 implementa el primer inhibidor de proteasas (IP), naciendo así una nueva familia de fármacos. Surge de esta manera el concepto de Terapia Antirretroviral de Alta Eficacia o de Gran actividad (TARGA o HAART, en ingles), que sería la marca de inflexión en el efectivo control de la infección, aunque no su cura, lo que ha posibilitado que hoy la patología se encuentre controlable y en una tendencia a la cronicidad. Si bien la efectividad de los tratamientos antirretrovirales - el que incluye tres drogas o más-, ha sido comprobada desde su implementación por la notable disminución de la tasa de mortalidad, y las considerables mejoras en la calidad de vida; no todos los pacientes presentan la misma adherencia, ni evolución clínica frente a dichos tratamientos. Tengamos presente que “la toma de la medicación adecuada, reglada y de acuerdo a un patrón temporal específico constituyen requisitos fundamentales para evitar la aparición de cepas víricas resistentes a los fármacos siendo muy influyentes, por lo tanto, en la eficacia de la terapia administrada y en la progresión de la infección a mediano plazo (Paterson et al., 1999), de modo que la Adherencia[1] al tratamiento Antirretroviral se verá reflejada en el progreso de la enfermedad, parámetros inmunológicos, virales así como en la calidad de vida de los pacientes.

EL CONSUMO DE DROGAS Y EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD: UN DETERIORO ECLIPSADO

Existe una complejidad de los procesos infecciosos y de los modos singulares en la evolución de los pacientes con VIH debido a que no todos progresan del mismo modo. Se ha determinado que algunos aspectos psicosociales influyen en la progresión de la enfermedad. Entre ellos el abuso de sustancias y de alcohol (Gore-Felton C. & Koopman C., 2008) motivo por el cual se presenta en este gozne una complejidad y desafío clínico a abordar. La infección por VIH así como el consumo de drogas afectan diversos sistemas del organismo. Si nos remitimos a pacientes con VIH/sida y que simultáneamente consumen Pasta Base de Cocaína[2], (PACO) podremos

analogar deterioros orgánicos, los que potenciados, llevan rápida e inminentemente a la muerte si no son tratados y correctamente diagnosticados. “Con el uso prolongado [del PACO], aún en corto tiempo, el deterioro neurológico y por ende intelectual del sujeto se hace evidente, se acompaña también de alteraciones pulmonares y cardíacas, marcada pérdida de peso y estado de abandono personal. (Damin C. 2009), También se observa que algunos presentan náuseas, vómitos, sequedad en la boca, sudor, diarrea, temblor, agitación psicomotora, picazón, hipertensión arterial, fiebre, falta de coordinación, dolor de cabeza, mareos, etc.. Asimismo en la etapa SIDA se presentan enfermedades marcadoras que muestran afectaciones similares a las presentadas en los periodos de consumo de PACO. Las marcadas pérdidas de peso, las diarreas, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, como las afecciones el Sistema Nervioso Central (SNC) son algunas de ellas. “En algunos casos, las alteraciones del sistema nervioso pueden ser la única manifestación de la infección por VIH, pero la enfermedad del SNC inducida por VIH es generalmente un rasgo tardío de la infección. Un 25% de los sujetos con SIDA, tienen síntomas neurológicos, particularmente la encefalitis por HIV, que puede ocurrir a pesar del uso del TARV. (...) Los trastornos clínicos van desde las encefalopatías agudas hasta el complejo de demencia por HIV (también llamado demencia por HIV o complejo cognitivo/motor asociado a VIH) (Levy j., 2008: 238). Las enfermedades del SNC suelen presentar alteraciones perceptivas sobre todo de índole visual, presentando alucinaciones y modificaciones conductuales que requieren de un diagnóstico diferencial. Seguramente cuando los síntomas refieran a una alteración orgánica a causa de la infección, nos encontraremos con la ausencia de una sistematización delirante tal como las que se presentan en estructuras psicóticas. La similitud de los signos médicos presentes en ambas patologías debe llevarnos a evaluar detenidamente (frente a una consulta de tratamiento psicológico por consumo de esta sustancia) dónde radica la urgencia para abordar y derivar. Se han presentado cuadros de internación médica en periodos de consumo de Paco, que desconocían su infección por VIH, en el cual la familia y el mismo paciente desestimaban el deterioro en favor del consumo activo. [3] Este mismo eclipse podría presentársenos en una entrevista clínica, y quedar por fuera la urgencia del diagnóstico infectológico la que combinada con el consumo puede darnos escasos tiempos de intervención. Asimismo otro aspecto es dable de tener presente frente a este complejo deterioro ¿Qué sucede con los tratamientos ARV en pacientes con consumo activo de PACO?

LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: UNA AUSENCIA PELIGROSA

Ya hemos discurredo acerca que la Adherencia al tratamiento Antirretroviral se verá reflejada en el progreso de la enfermedad, y que La falta de adherencia al tratamiento, la adherencia insuficiente o la toma de esquemas incompletos, hacen por un lado que aparezcan cepas virales resistentes a los fármacos, pero a su vez dan rienda suelta a la replicación viral del mismo modo que a un deterioro progresivo del sistema inmune. Este deterioro inmunológico se refleja en un deterioro orgánico progresivo que lleva a enfermar con riesgo de vida, motivo por lo cual el cuidado de la adherencia en los pacientes infectados por VIH cobra suma relevancia. ¿Qué sucede con esa adherencia cuando nos encontramos con pacientes que consumen PACO? Los pacientes que abusan de sustancias o son adictos no presentan adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TARV) durante el periodo de consumo, y más específicamente quienes consumen Pasta Base de Cocaína (PACO)[4] quienes la desestiman por completo. Tenemos por un lado un consumo activo de una sus-

tancia nociva, y paradójicamente una posición pasiva respecto de un tratamiento que permite mantener una buena calidad de vida. ¿Qué podemos preguntarnos acerca sobre esta paradoja que conduce a la destrucción del organismo?

CUERPO: DESVALIMIENTO Y DOLOR SIN CONCIENCIA

Así como en los consumidores de pasta base de cocaína (Paco) el corrimiento del umbral al dolor físico en pos del *flash* del consumo contribuye- entre otras cosas- a un acelerado y notorio deterioro del cuerpo [y] en cuadros de psicosis es un observable el sobrepasar los umbrales de autoconservación en relación al dolor, como inexistiendo el cuerpo (Donghi A. y Vazquez L. A.2006), nos preguntamos por el registro de las percepciones internas del cuerpo, y los umbrales de autoconservación en relación al dolor en pacientes que padecen a causa de su inmunodeficiencia o inmunosupresión. Cuando hablamos de cuerpo desde el psicoanálisis sabemos que nos referimos a un cuerpo erógeno, producto de una unificación pulsional , el que Freud (1914) lo hace a partir de ese “nuevo acto psíquico “que Freud llama narcisismo, donde surge el yo el que es tomado como objeto Se necesita de este cuerpo narcisista para completar el circuito de la pulsión. Aquí reúne las pulsiones sexuales. El narcisismo sería lo que Freud nombra como un destino posible de la pulsión, la vuelta contra sí mismo, invistiendo al yo, facilitando la intrincación de las pulsiones. El cuerpo unificado es el velo necesario para que el sujeto pueda encontrarse con los otros. La intervención de la función paterna dará lugar a que el camino de la pulsión sea modificado. Tanto para Freud, como para Lacan el tiempo instituyente del sujeto, su cuerpo y la relación al lenguaje se dan en la niñez. La relación con el Otro, el lugar en relación al falo, y la castración armarán diferentes estructuras. De este modo cada cual tendrá una relación diferente con su cuerpo. Cuerpo que Freud (1923) va a unificar al Yo. Va a plantear que “el yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no solo una esencia superficie sino él mismo la proyección de una superficie. Cuerpo propio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas, el que es “visto como un objeto otro pero proporciona al tacto dos clases de sensaciones, una de las cuales puede equivaler a una percepción interna. ¿Qué sucede cuando estas percepciones desestiman un deterioro progresivo y el dolor? Freud (1923) nos dice que el dolor parece desempeñar un papel importante en la representación del cuerpo propio en tanto a partir de él comienza a tomar noticia de sus órganos. Para Freud el dolor es una irrupción de grandes cantidades de energía, así en su “Proyecto de psicología para neurólogos” nos dice que esta irrupción deja una marca, una huella en las neuronas de recuerdo .Nos mostrará que al lugar de los dolores psíquicos advienen los dolores físicos. “El tema del dolor y su articulación con otros afectos nos conduce al mecanismo de “supresión toxica” del dolor: desplazar un dolor psíquico, sin sentido, inencontrable, a un dolor físico, tangible, nombrable en una zona del cuerpo o sustancia. Este mecanismo de cancelación toxica presta de algún modo una prótesis de yo-cuerpo (Donghi A. y Vazquez L., 2006). Es ente caso nos preguntamos acerca de ¿Cuáles podrían ser los motivos que lleven al paciente a causarse el dolor a través del consumo, simultáneamente de tolerar pasivamente un dolor progresivo del que pareciera no tomarse conocimiento en el deterioro del SIDA? Para Freud (1923) “vivir tiene para el yo el mismo significado que ser amado: que ser amado por el súper-yo, el que subroga la misma función protectora y salvadora que al comienzo recayó sobre el padre y después sobre la providencia o el destino Ahora bien, si el yo no puede menos que extraer la misma conclusión cuando se encuentra en un peligro objetivo desmedidamente grande, que no

cree poder vencer con sus propias fuerzas. Se ve abandonado por todos los poderes protectores y se deja morir, misma situación de la angustia infantil de añoranza: la separación de la madre protectora”. ¿Qué sucede cuando hay situaciones de peligros reales en las que ese anudamiento al Otro ha sido precario o inexistente? Podemos dilucidar a partir de la clínica y de los relatos que la cronicidad del VIH y los conceptos morales que acarrea el padecimiento, connota para el paciente valor traumático. Trauma que se anuda a ese vínculo primitivo desvalido, resignificándose en cada peligro de ruptura o rechazo de los vínculos de amor.[5]

Pareciera que nos encontramos en una clínica SIDA-ADICCION donde hay una “doble apuesta” por mantener vivo un sufrimiento en lo orgánico a costa de no poder simbolizar un dolor incualificable e intolerable. Dolor psíquico, dolor sin conciencia y descualificado, frente al cual la respuesta es al modo de una “perturbación retórica, la cual implica desconocer la norma consensual orgánica, con una tendencia a la violación de las limitaciones somáticas ajenas en cuanto a la captación de estímulos. Maldavsky (1992) va a plantear que en los pacientes con fenómenos tóxicos las contradicciones estructurantes del preconscious son orgánicas: cuanto mayor tensión voluptuosa, mayor esfuerzo por aumentarla, la que se encuentra protegida por “una prohibición del cuestionamiento de tal contradicción con el aumento referido al goce creciente que promete, y una prohibición de la fuga, con la amenaza de que si hay un alejamiento surge una depresión insoportable y sin cualidades , un vacío afectivo carente de asideros”, encerrona clínica de la que somos testigos permanentes. El entramado complejo que presenta esta clínica deja más interrogantes y campos a descubrir, que respuestas en el campo de la práctica profesional.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Consideramos que el recorrido de este trabajo ha dejado más interrogantes que respuestas y que presenta una lectura reduccionista respecto de la realidad compleja del tema abordado, pero el interés del mismo es abrir hacia algunas elucidaciones que nos permitan seguir trabajando sobre esta conjunción. A lo largo del trabajo hemos vislumbrado que la combinatoria de ambas problemáticas puede llevar al paciente en corto tiempo a la muerte, motivo por el cual la utilización de los máximos recursos clínicos y detalle diagnóstico, el tratamiento interdisciplinario y el tiempo son muy importantes. Nos encontramos con una ausencia de cualificación del dolor psíquico que lleva a una “doble apuesta” respecto de mantener vivo un sufrimiento en lo orgánico a costa de no decaer en un vacío imposible de cualificar. Mayor estado de inermidad económica, vaciamiento pulsional y un doblegamiento en lo inerte, lo que podría tener una injerencia en una mayor exposición a situaciones donde la auto conservación se viera comprometida, en un consumo activo de sustancias, en un mayor deterioro inmunológico y en la aparición de procesos orgánicos[6]. Ambos momentos en los que la pulsión de muerte se manifestaría desligada de procesos simbólicos, lo que fuera provocado por la irrupción de un proceso económico de exceso, imposible de tramitar. Si bien no podemos hablar de un acto suicida en sí mismo, el consumo activo de PACO y el abandono de los tratamientos antirretrovirales, lo constituyen de algún modo, no de forma resuelta, pero sí de un modo sustitutivo que atenta contra la autoconservación, uno activamente en la incorporación del tóxico y el otro pasivo en la desestimación de los reglados. En Efecto, Freud (1940) postulo que no es suficiente tomar en cuenta el masoquismo moral , la hipertrofia de un súper-yo sádico (y según creemos la agudización de un sentimiento de inferioridad) para que el paciente perpetre un acto suicida , es necesario , además, una alteración

de la autoconservación, por lo cual el paciente pretende dañarse en lugar de preservarse. . Esta alteración de la autoconservación deriva de que la pulsión de muerte no solo socava el principio de placer, como en el masoquismo erótico, sino también el principio de constancia (homeorrhesis), y para ello se alía con una hipertrofia sensual con una función disolvente de lo vital (Maldavsky D., 1992) . Asimismo la instancia super-yoica se presenta con un juicio desestimado de la realidad que dictamina que es útil y que perjudicial para el yo, juicio a partir del cual el yo puede decidir proteger su existencia expulsando lo nocivo. La falla de las funciones parentales ha dejado marcas indelebiles en estos pacientes dejando al yo frente a un desvalimiento permanente.

NOTAS

[1] La adherencia se refiere al cumplimiento del régimen terapéutico prescrito. También se conoce como observancia o cumplimiento terapéutico. Incluye la buena disposición para empezar el tratamiento y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos en tiempo y forma. Es decir respetando tiempos y cantidad de pastillas indicadas, dado que en los TARV la suspensión de una de las drogas ARV puede provocar resistencia e incremento viral e ineficacia terapéutica. Asimismo el progresivo deterioro inmunológico.

[2] La base de cocaína, conocida como paco -Es una droga estimulante del sistema nervioso central, cuyo componente activo es el alcaloide cocaína, proveniente de una planta natural de América, la *Erythroxylon Coca*, al que "estiran" o adulteran con otros componentes como cafeína, manitol, bicarbonato de sodio, entre otros. Ingresa al organismo luego de ser fumado en instrumentos especialmente diseñados para tal fin, con el objeto de obtener euforia y placer; pero tiene un efecto tan efímero como deletéreo para todo el organismo, lo que genera una rápida dependencia, con aumento de la frecuencia de su uso, llevando a las personas a consumir decenas de dosis diarias.

En los minutos que siguen a su absorción, aparecen los efectos sobre el sistema nervioso central, con riesgo de pérdida de conocimiento y convulsiones, luego se afecta el sistema cardiovascular, produciendo alteraciones del ritmo cardíaco y aumento de la tensión arterial, lo que pone en riesgo la vida. Si el consumo está asociado a bebidas alcohólicas u otras drogas, el efecto perjudicial se multiplica.

Con el uso prolongado, aún en corto tiempo, el deterioro neurológico y por ende intelectual del sujeto se hace evidente, se acompaña también de alteraciones pulmonares y cardíacas, marcada pérdida de peso y estado de abandono personal. Existen consecuencias indirectas asociadas como los traumatismos o lesiones por accidentes o riña, en ocasiones, graves. (Damin C. 2009)

[3] Yo tenía muchas adicciones, a drogas, ehh.. en ese momento consumía PACO. Empecé a adelgazar un montón y me empezaron a doler los pulmones. "Yo estuve con el cuadro tres meses, estirándolo, estirándolo, hasta que llegue acá a la guardia del hospital y ya estaba un palo, era como la lapicera y ya me desmayé en la guardia, ya no tenía más fuerza de nada . Y yo me acuerdo que entre dormido así desvanecido, escuchaba que la doctora, me había puesto el catéter ese y que le decía a mi mamá que tenía 160 o 170 pulsaciones por minuto, que si yo estaba un día más, me moría. Es más , yo me acuerdo que la doctora la retaba a mi mamá : porque lo dejaron estar así!. Pero era yo el que no quería venir, la estire, la estire, la estire..no me daba cuenta y ellos pensaban que era por mi adicción. Aunque quizás inconscientemente uno sabía, tenía miedo... tal vez me lo esperaba fue ahí que me entere que tenía VIH. Estuve tres meses en terapia intensiva (P. 36 años)

[4] "tuve así idas y venidas que después cuando quedé embarazada de G., dos años sin consumir, después volví a consumir de nuevo y cuando nació A. ahí probé PACO y estuve enganchada 5 años. En ese tiempo estaba medicada para el VIH pero nunca la tomé, no me importaba nada, más que fumar de nuevo" (...) "En esa época deje la medicación del VIH , porque yo no quería hacer la mezcla de las pastillas por la droga que consumía yo. Porque pensaba que no me iba a hacer efecto la medicación, entonces directamente no las tomaba" (M .37 años).-

"me colgaba con la falopa, y también me olvidaba los remedios, lo tomaba a cualquier hora. Decía, no, hoy me re drogué y tome alcohol, no la tomo, Y mañana no lo tomaba porque también seguía en la misma, y elegía mas la droga que la medicación, y así estaba..." (..) ·"Dos años, tres habré fumado pasta base de los 29 a los 32, y eso me mato, mal, porque yo había abandonado el tratamiento , estaba re enroscado con eso!, me había enroscado mal!. Ya había salido del hospital, Salí del alta del hospital y no sé si al mes me empecé a drogar de nuevo, pero con marihuana con base y fumaba, y después de eso ya arranque a fumar pasta base sola". (..) "Cuando le daba a la base estaba todas las 24 horas del día de lunes a lunes drogándome ahí no me importaba otra cosa, no existía la medicación ni nada" (...)

(P. 36 años)

“Yo tuve que caer en un . . . , internarme, estar ya al borde de la muerte para que yo me diera cuenta de lo importante que era la vida. Hasta ese momento nunca me había dado cuenta solo me importaba inyectarme cocaína. Había empezado el coctel y lo dejé. Y empezaba, lo dejaba, decía: “*Ya está*”. Y caí internada y caí mal” (G. 39 años).

“ Los pacientes que tengo que consumen PACO, ni aparecen por acá, a veces los ves de casualidad y te dicen, -Si Si, ya voy a volver, pero les ves el deterioro físico y te das cuenta que consumen, aunque te dicen: Mire que no estoy consumiendo, eh! “ (Medica tratante)

“Yo no les pregunto que consumen, pero en general cuando están drogándose nunca hacen el tratamiento, como dicen ellos , Se van de gira y hacé que vengan si sos mago” (Medica tratante) .

“ Olvidate!, mientras se drogan ni aparecen , a veces por casualidad te enteras que llegaron a la guardia en condiciones deplorables! , el estado físico es desastroso!, a veces te preguntas como está vivo!” (Medico tratante)

[5] “Me cuesta eso de conseguir pareja o hay un chico que me gusta y después digo: ah porqué lo voy a conocer si cuando le diga que tengo HIV se va a ir a la mierda. Y eso a mí también medio como que me molesta porque cuando yo hacía el curso, iba a tocar la batería, a aprender las notas, mi profesor tenía onda conmigo y yo también medio como que yo lo tenía ahí, no sabía qué hacer. Aparte me decía si no quería ser su novia y me avanzó y después cuando le conté que tenía HIV me cortó el rostro como si nada” (M. 37 años)

“Me avergüenzo por la enfermedad esa y por ahí me rechazan todos. Me acuesto y me pongo a pensar, me pongo a pensar a veces,estoy hasta muy tarde a la noche sin dormir. Pienso y pienso y mi cabeza no se va para otro lado. Pienso en esa enfermedad podrida que tengo. Pero yo, si lo hago con una mujer, no la voy a ensuciar tampoco. Me cuido viste , para que no. . . . , para no ensuciar a otra persona , uso siempre profiláctico , es un castigo que va a ser , es lo que yo tengo”” a esa enfermedad la rechaza todo el mundo, es podrida, podrida “ (A. 52años)

“Para Contarselo a mi marido No fue muyyy, estaba muy indecisa yo, porque yo no sabía cómo lo iba a tomar. Si lo iba a tomar malll, si me iba a echarr. Si me iba a acceptaar . Yyyyy, encima estaba embarazaada” (C. 44 años)

“Claro, porque a partir de ese momento (de recibir el diagnostico) ya como que la vida ya no tenía sentido, ya no tenía ganas de nada. Como que todo se me fue. . . no sé. . . por la borda como quien dice. Es como vivir por vivir y no por soñar por tener algo; por tener proyectos en la vida. Sino que vivo porque vivo, bueno, porque vivo, nada más. Como que ya quedaron los sueños; las esperanzas; la emociones, ahí, trucas. Como que uno espera que llegue el día y listo pero. . . qué se yo! (G. 38 años)

[6] Tengamos presente que Freud hubo llamado traumática a una situación de desvalimiento vivenciada (1926), en la cual las excitaciones externas poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo, las que provocan “una perturbación enorme en la economía energética del organismo y [que] pondrán en acción todos los medios de defensa” (1920, p.29).

BIBLIOGRAFIA

Damin, C. (2009). Causas y efectos del PACO.27/02/2009 [Extraído de La Nación Digital el 02/05/2014] de <http://www.lanacion.com.ar/1103611-causas-y-efectos-del-paco>

Donghi, A. y Vazquez, L. (2006) Del dolor y su tratamiento. En Innovaciones de la práctica: Dispositivos clínicos en el tratamiento de adicciones. JCE Ediciones. Buenos Aires

Freud, S. (1914). “Introducción del narcisismo”. En “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico: Trabajos sobre metapsicología y otras obras” (1914-1916). Obras completas Tomo XIV. Edición 1993. Editorial Amorrortu Buenos Aires. Argentina

Freud, S. (1920). “Más allá del principio de placer” en “Mas allá del Principio de placer. psicología de las masas y análisis del yo y otras obras (1920-1922)“Obras completas Tomo XVIII. Edición 1986. Editorial Amorrortu Buenos Aires. Argentina.

Freud, S. (1923). “El yo y el ello” en el Yo y el ello y otras obras” (1923-1925) “Obras completas Tomo XIX. Edición 1993. Editorial Amorrortu Buenos Aires. Argentina.

Freud, S. (1926). “Inhibición, síntoma y angustia “ en Obras completas Tomo XX. Edición 2001. Editorial Amorrortu Buenos Aires. Argentina.

Freud, S. (1950 [1895]) “Proyecto de psicología “En “Publicaciones pre psicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud”. Obras completas Tomo I. Edición 2001. Editorial Amorrortu Buenos Aires. Argentina.

Gore-Felton, C. and Koopman, C. (2008).”Behavioral Mediation of the Relationship Between Psychosocial Factors and HIV Disease Progression”. En Psychosomatic Medicine N° 70 :569-574 (2008) American Psychosomatic Society. USA.

Levy Jay, A. (2008). “El VIH y la patogénesis del SIDA”. Fondo de Cultura Económica (FCE) /Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). México.

Maldavsky, D. (1992). “Teoría y clínica de los procesos tóxicos: Adicciones, afecciones psicósomáticas, epilepsias “. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Maldavsky, D. (1994). “Pesadillas en vigilia: Sobre neurosis tóxicas y traumáticas”. Amorrortu Editores. Buenos Aires. Argentina