

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2012.

## **Cuando el diagnóstico no está... (articulaciones entre diagnóstico diferencial y diagnóstico situacional en usuarios consumidores de pasta base de cocaína).**

Donghi, Alicia Ines, Maidana, Miriam, Pulice, Gabriel Omar,  
Rodriguez, Rafael Osvaldo, Capdevielle, Juan Pablo y  
Cantero, Fabiana.

Cita:

Donghi, Alicia Ines, Maidana, Miriam, Pulice, Gabriel Omar, Rodriguez,  
Rafael Osvaldo, Capdevielle, Juan Pablo y Cantero, Fabiana (2012).  
*Cuando el diagnóstico no está... (articulaciones entre diagnóstico  
diferencial y diagnóstico situacional en usuarios consumidores de pasta  
base de cocaína). IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica  
Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de  
Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -  
Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/770>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/vaK>

*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>.*

# CUANDO EL DIAGNÓSTICO NO ESTÁ.... (ARTICULACIONES ENTRE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN USUARIOS CONSUMIDORES DE PASTA BASE DE COCAÍNA)

Donghi, Alicia Ines; Maidana, Miriam; Pulice, Gabriel Omar; Rodriguez, Rafael Osvaldo; Capdevielle, Juan Pablo; Cantero, Fabiana

UBACyT, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

## Resumen

En 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. En cuadros de psicosis es observable el sobrepasar los umbrales de autoconservación del dolor, como inexistentes el cuerpo. Por ejemplo: no sentir frío, ni dolor al quemarse. Este tratamiento del dolor, ya puede ser una manifestación más como respuesta a la devastación psicótica, ya un efecto de la sustancia. Con los recursos actuales no es fácil determinar cuándo se trata de una u otra, sucede que en ocasiones, son diagnosticados como psicóticos pacientes que no lo son, o viceversa, con la consecuente pérdida de tiempo, recursos y con riesgo de provocar efectos iatrogénicos. Además la semiología psiquiátrica del diagnóstico situacional del paciente y familia contempla ciertas recaídas como automedicación de un padecimiento que el sujeto ya percibía egodistómicamente y agrega la perspectiva de la adicción, también como descompensación neuropsicoendocrinológica, optimizando nuestras posibilidades de implementar esquemas terapéuticos interdisciplinarios más eficaces. Es un objetivo de esta investigación la detección precoz de estas diferencias en primeras entrevistas en servicios de Salud Mental para arribar a pronósticos más certeros

## Palabras Clave

Paco, Toxicomanías, Dolor, Cuerpo

## Abstract

WHEN THE DIAGNOSIS IS NOT ... (JOINT DIAGNOSIS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN SITUATION IN USERS OF CONSUMER PASTA BASE DE COCAINE)

In paste consumers cocaine base the landslide of the threshold to the physical pain after the flash of the consumption contributes among other things to an accelerated and well-known deterioration of the body. In psychosis tables is observable to exceed the thresholds of autoconservación of the pain, like inexistent the body. For example: not to feel cold, nor pain when burning itself. This treatment of the pain, either can be one more a manifestation like answer to the psychotic devastation, or an effect of the substance. With the present resources it is not easy to determine itself

when one is one or another one, happens that sometimes, are diagnosed like patient psicóticos that are not it, or viceversa, with the consequent loss of time, resources and with risk of causing iatrogenic effects. In addition semiology psychiatric to the diagnose situacional of the patient and family contemplates certain relapses like automedicación of a suffering that the subject one already perceived egodistómicamente and adds the perspective of the addiction, also like neuropsicoendocrinologic descompensación, optimizing our possibilities of implementing interdisciplinaries but effective therapeutic schemes. The precocious detection of these differences in first interviews in services of Mental Health is an objective of this investigation to arrive at accurate prognoses.

## Key Words

Paco, Toxicomanías, Pain, body

Para el Psicoanálisis las toxicomanías no configuran una estructura autónoma, sino que se presentan como un fenómeno transestructural -es decir, que atraviesa las configuraciones clínicas pertinentes a las neurosis, psicosis y perversión- 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, más aun en la distribución de recursos en salud. Esto, sin desmedro del reconocimiento de la función que cumplen las sustancias en cada sujeto. Estas se inscriben en los tres registros: real, simbólico e imaginario, y no podemos obviar que para los usuarios todas las drogas no son equivalentes: lo que amortigua goce en algunos, convoca imágenes terroríficas en otros.

¿Hasta qué punto los trastornos psicóticos inducidos por sustancias según el DSM IV (psicosis tóxica) son definibles de manera autónoma, respecto de las estructuras psicóticas, frente a fenómenos eminentemente multi-dimensionales? Más aún cuando no hay consenso unificado acerca de los influjos de la toxicomanía en el desencadenamiento de una psicosis. Como dice Jacques Hassoun: *“Para nosotros la cuestión es otra, decididamente otra. 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 (o con la necesidad)”* (1)

Desde este lugar decimos, como analistas, que es necesario diferenciar el tóxico de la causa, ya que el tóxico no determina una estructura. La causa de la adicción no es la sustancia, pero no podemos dejar de lado el efecto propiamente químico de la introducción de la sustancia en un organismo. Este no debe ser confundido con lo que en psicoanálisis llamamos cuerpo. Sin hacer por ahora un recorrido exhaustivo podemos afirmar que una de las dimensiones del cuerpo en psicoanálisis es el cuerpo pulsional. Esta distinción es importante para el tema de investigación elegido. Y hacer algunas precisiones conceptuales acerca de nociones que intersectan con otros discursos, con los que nos relacionamos en nuestra tarea como practicantes del psicoanálisis.

En esta investigación el tema del dolor y su articulación con otros afectos nos conduce al mecanismo de la “supresión tóxica” del dolor: desplazar un dolor psíquico, sinsentido, innombrable, por un dolor físico, tangible, nombrable en una zona del cuerpo o sustancia.

Muy tempranamente, Freud, en un texto “*pre-psicoanalítico*” de 1884 -“*Sobre la cocaína*”- plantea la idea de la “*cancelación tóxica*” del dolor por el uso de la cocaína como anestésico, y ya casi sobre el final de su obra, en “*El malestar en la cultura*”, vuelve al dolor, y plantea a los “*quitapenas*” como uno de los recursos frente al dolor. Todas las satisfacciones son sustitutivas y las hay de las más benignas hasta las peores, frente a lo irremediable del hecho de que “*el plan de la Creación no contempla el propósito de que el hombre sea feliz*”. El huir del dolor no es un método “positivo”: se trata más bien del evitamiento del displacer como resultado. La paradoja ya está planteada: se rehúye del dolor con el tóxico, creando de este modo una nueva *Quelle* (fuente) para la pulsión.

El dolor surge también, como una de las dos vivencias constitutivas del campo de lo humano, “*vivencia de satisfacción*”, y “*vivencia de dolor*”. Por un lado, el surgimiento del deseo que la pérdida de esa experiencia de satisfacción inaugura, *no sin* la vivencia de dolor, cuyo resto es el *afecto*. El dolor inicialmente entonces nombra un afecto, Freud (1895, *El Proyecto...*) compara la vivencia de dolor con un rayo que atraviesa desde el interior del cuerpo hasta las neuronas del recuerdo, esto es, hasta lo inconsciente. Su paso fulminante va a abolir el principio del placer, regulador de la excitación en el aparato psíquico, y encargado de evitar el displacer. El dolor deja como secuela unas *facilitaciones* duraderas, una honda huella mnémica en el psiquismo, y un exceso de excitación o energía, *afecto* que permanecerá desligado, sin representación y que siempre habrá de retornar.

Finalmente dolor de existir y diversas repuestas de estructura a eso. El dolor no deja de no inscribirse, resonando - al decir de Lacan- el parentesco del dolor con el goce y con lo Real imposible de inscribir también. La vivencia de dolor se halla en la entrada del sujeto al lenguaje. El grito ante el dolor es uno de los primeros intentos por hacer pasar la vivencia del cuerpo al lenguaje como una forma de canalizar el exceso, el sufrimiento. El grito es la primera articulación de la demanda del sujeto al otro, e inscribe la primera cadena de recuerdos en la memoria. El hecho de que no todo puede ser puesto en palabras marcará dolorosamente la impotencia del sujeto y su entrada al mundo del lenguaje.

El desamparo y la indefensión originaria del cachorro humano lo ponen frente al trauma de la irrupción de volúmenes hipertróficos de excitación que no pueden ser reconducidos a ningún trabajo de elaboración psíquica, el trauma nombra justamente esa imposibi-

lidad. Si el trauma en este sentido recién referido es inherente a la estructura, es decir, secuela de la constitución misma del psiquismo por efecto de la pérdida inaugural, nos podemos preguntar ¿cuál es la relación que este mantiene con el dolor? Provisoriamente podemos responder que el dolor es efecto de la pérdida traumática, es decir no se puede nombrar, no es subjetivable. El dolor anuncia del cuerpo, es un límite adentro-afuera. Cuando duele la muela, como dice el poeta evocado por Freud, “*todo mi ser reside en la cavidad de la muela doliente*”, por eso llega a plantear al dolor como una seudopulsión. En la Adenda de Inhibición síntoma y angustia, leemos: “*Empero, no dejará de tener su sentido que el lenguaje haya creado el concepto del dolor interior, anímico, equiparando enteramente las sensaciones de la pérdida del objeto al dolor corporal*”.

A raíz del dolor corporal se genera una investidura elevada, que ha de llamarse narcisista, del lugar doliente del cuerpo; esa investidura aumenta cada vez más y ejerce sobre el yo un efecto de vaciamiento, por así decir... dolores corporales más intensos no se producen (no es lícito decir aquí: permanecen inconscientes) si un interés de otra índole provoca distracción psíquica. Pues bien, en este punto parece residir la analogía que ha permitido aquella transferencia de la sensación dolorosa al ámbito anímico. La intensa investidura traumática del objeto ausente (perdido), en continuo crecimiento a consecuencia de su insistencia, crea las mismas condiciones económicas que la investidura de dolor del lugar lastimado del cuerpo y hace posible prescindir del condicionamiento periférico del dolor corporal. El paso del dolor corporal al dolor anímico corresponde a la mudanza de investidura narcisista en investidura de objeto.” En la “*supresión tóxica*” del dolor, pareciera no poder producirse este pasaje al dolor anímico, y más bien se trataría de desplazar un dolor psíquico no nombrable por un dolor físico tangible “nombrable”, que presta de algún modo una prótesis de yo-cuerpo ahí donde los modos de anudamiento del sujeto con el Otro han sido precarios o inexistentes.

## Desarrollo

Se ha detectado un problema en la derivación de pacientes afectados por el consumo de pasta base de cocaína (Paco), vinculado con una dificultad diagnóstica. Dado que bajo los efectos de la ingesta de esta sustancia los sujetos presentan fenómenos respecto del dolor corporal que se corresponden fenoménicamente con un diagnóstico de psicosis, es difícil diferenciar cuándo se trata de un trastorno inducido por la sustancia, y cuándo nos encontramos ante una psicosis estructural desde el punto de vista del psicoanálisis.

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. En cuadros de psicosis es observable el sobrepasar los umbrales de autoconservación en relación al dolor, como inexistiendo el cuerpo. Por ejemplo: no sentir frío, quemarse con cigarrillos y no sentir dolor. Este tratamiento del dolor, ya puede ser una manifestación más como respuesta a la devastación psicótica, ya un efecto de la ingesta de la sustancia. Al no ser posible con los recursos actuales determinar rápidamente cuándo se trata de una cosa o de la otra, sucede que, en ocasiones, son diagnosticados como psicóticos pacientes que no lo son, o viceversa, con la consecuente pérdida de tiempo, de recursos y con riesgo de provocar efectos iatrogénicos. La importancia de una adecuada semiología psiquiátrica dentro del diagnóstico situacional interdisciplinario del paciente y su familia se hace evidente al constatar ciertas recaídas en el consumo, efecto de la automedicación de un padecimiento que el sujeto ya percibía

egodistónicamente y la propia perspectiva del mismo como una descompensación neuropsicoendocrinológica. De esta articulación entre diagnóstico diferencial estructural (neurosis-psicosis) y diagnóstico situacional de la función del consumo para cada paciente y su familia, depende la detección precoz de esta diferencia en primeras entrevistas en servicios de Salud Mental, para la optimización en la implementación de esquemas terapéuticos y por ende poder arribar a pronósticos más certeros.

Nuestra hipótesis: *El mecanismo de supresión tóxica del dolor que contribuye al corrimiento del umbral físico frente al mismo en consumidores de pasta base de cocaína (Paco) es análogo al tratamiento del dolor en cuadros de crisis psicóticas*

## Conclusión

El objetivo de esta investigación es la elaboración de un protocolo que mediante un registro rápido y eficaz permita ubicar esta diferencia diagnóstica, para realizar una adecuada derivación que permita implementar las estrategias terapéuticas pertinentes para cada cuadro.

En los casos de consumo de pasta base de cocaína (Paco) es crucial el factor tiempo: el pasaje del período de consumo a la adicción es rápido y vertiginoso, incrementando el riesgo para la vida de los sujetos implicados por la gran dependencia que crea, y por el compromiso orgánico que produce.

Esto hace a la pasta base de cocaína (Paco), un tóxico altamente peligroso, ya no sólo por el daño que inflige, sino por el acortamiento en los tiempos -apenas unos pocos meses- para transformar un hábito de consumo en una franca adicción, con las consecuencias devastadoras que esto acarrea.

Es decir, que en un corto periodo de tiempo el deterioro es notorio y a veces irreversible; por lo tanto resulta de vital importancia reducir al máximo posible el lapso entre la consulta inicial y la iniciación del tratamiento adecuado, para lo cual es imprescindible un correcto diagnóstico de estructura pero también la intervención interdisciplinaria de un adecuado diagnóstico situacional de la función que ese consumo acarrea en su ámbito de interacción (1). Una vez instalada la dependencia a la pasta base de cocaína, la respuesta eficaz y el tratamiento posible son difíciles y costosos.

Por ello la tarea de prevención y promoción de la salud -como en todas las adicciones, pero principalmente para el consumo de pasta base de cocaína (Paco)-, nos impone una celeridad y una responsabilidad mayor en las respuestas institucionales que apunten a reconocer y fortalecer los aspectos resilientes de la comunidad, ya que el concepto de resiliencia nos orienta a pensar en los factores y recursos de las personas que aún estando en condiciones de riesgo no consumen drogas.

De confirmarse la hipótesis y lograr el objetivo de la construcción de un instrumento que permita ubicar y detectar este indicador diferencial de diagnóstico estructural temprano, redundaría en una economía de recursos y en una mayor eficacia del acto terapéutico

A partir del trabajo de varios de los integrantes de nuestra investigación en instituciones de salud dependientes del sector público es que nos planteamos el marco de nuestra investigación clínica, con un diseño exploratorio-descriptivo, con estrategia de estudio

de casos. En la primera etapa, la unidad de análisis estará constituida por historias clínicas y relatos de los profesionales acerca de los casos clínicos que reúnan condiciones de aplicar al objeto de nuestra investigación.

En la segunda etapa de nuestra investigación, intentaremos situar la aparición de fenómenos tanto del orden psíquico como corporal en función o no de la ingesta de sustancia (en nuestro caso, PBC), en función de la interrupción abrupta o no de sustancia (PBC), en función de la historicidad en cuanto a la aparición de estos fenómenos (preexistentes o posteriores al inicio del consumo, preexistentes o posteriores a la interrupción del consumo), con el objetivo de determinar la viabilidad de despejar la función del tóxico en la estructura psíquica de un consultante, los efectos del tóxico sobre la misma y sobre el cuerpo, y la acción del tóxico en cada caso (efecto paradójico del consumo de PBC).

A partir de esta investigación clínica, confiamos en poder arribar a nuestro objetivo de resultar en un protocolo de entrevista/s preliminar/es a fin de alojar, escuchar y derivar al consultante allí donde debería poder ser tratado: en un servicio de salud mental, si el tóxico no cumple otra función que la de aliviar o suplir aquello que está estructuralmente faltante, o en un servicio de atención a las adicciones, en cuanto el tóxico está "al servicio" de un modo de satisfacción perdido y buscado vanamente. Asimismo, consideramos adecuar la derivación a servicios de salud para tratar afecciones corporales derivadas del abuso de ingesta de Pasta Base de Cocaína (complicaciones pulmonares, eccemas y erupciones en la piel por la exudación por poros del solvente o querosis en casos de consumo sostenido, complicaciones en aparato digestivo manifestadas por medio de diarreas, sangrado anal, corrimiento intestinal, problemas odontológicos, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades infecto-contagiosas, etc).

## Nota

1- Por ello el diagnóstico de adicción implica tener en cuenta el cuadro premórbido que lo catapultó al consumo -y que por el consumo intenta modular-, y las consecuencias que produce en su cortejo sintomático tales como labilidad afectiva, descenso del umbral del stress con gatillo a gratificación tóxica inmediata, explosividad, salience, priming, craving entre otros. En este sentido la semiología psiquiátrica clásica tampoco da cuenta del cuadro del consumidor y ello también amplía el margen de error diagnóstico de la función del consumo para cada uno y en el caso por caso (Ghioldi, Leonardo, 2011).

## Bibliografía

- Donghi A., Maidana M.: Mencioné que fumaba Paco ? Innovaciones de la práctica, Dispositivos clínicos en el tratamiento de las adicciones. JVE Ediciones, 2011
- Donghi, A., Maidana M., Pulice G., Disanto L.: Diagnóstico diferencial y criterios de derivación en las entrevistas preliminares de usuarios consumidores de Paco. Memorias de XV Jornadas de Investigación Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 2008
- Freud, S.: Sobre la cocaína. Escritos sobre la cocaína, Editorial Anagrama, 1980
- Freud, S.: El malestar en la cultura. Obras completas, Tomo XXI, Editorial Amorrortu, 1979
- Freud, S.: Proyecto de una psicología para neurólogos. Obras completas, Tomo I, Ed. Amorrortu, 1979
- Freud, S.: Inhibición, Síntoma y Angustia. Obras completas, Tomo XX, Editorial Amorrortu, 1979
- Ghioldi, L.: El adicto como farmacólogo. Innovaciones de la práctica. Dis-

positivos clínicos en el tratamiento de las adicciones. JVE Ediciones, 2011

Ghioldi, L. y otros; Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o terceros. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría nº 89- Vol XXI- Ed Polemos, 2010

Hassoun, J.: Jano Melancólico. Individuos bajo influencia. Drogas, alcohol, medicamentos psicotrópicos, Nueva Visión, 1994

Lacan J.: Psicoanálisis, radiofonía y televisión, Editorial Anagrama, 1977

Lacan J.: Seminario III. Las Psicosis. Ed. Paidós, 1990

Lacan J.: Seminario XXIII. El sinthome. Ed Paidós, 2006

Lacan J.: Psicoanálisis y medicina. Intervenciones y textos I- Ed manantial, 1998

Rodríguez, O : Apuntes para una transición en la subjetividad, en Innovaciones de la práctica, Anorexias, bulimias y obesidad ( Donghi, A y otros), JCE, 2006

Vazquez, L : El dolor y su tratamiento en Innovaciones de la práctica. Dispositivos clínicos en el tratamiento de las adicciones. JVE Ediciones, 2011