



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TÍTULO:**

**GOCE TOXICÓMANO Y SU ARTICULACIÓN AL GOCE DE LA ENFERMEDAD,  
EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

**AUTORES:**

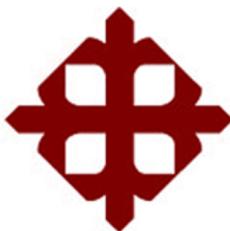
**ALEX CAZARES BUSTAMANTE  
BYRON ANDRÉS CAIZACHANA PILATAXI**

**TUTOR:**

**Ps. Cl. Antonio Aguirre Fuentes**

**Guayaquil, Ecuador**

**2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Alex Cazares Bustamante y Byron Andrés Caizachana**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de (describir título que aspira obtener).

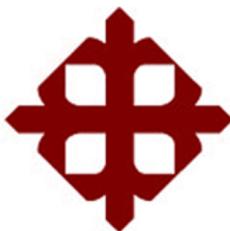
**TUTOR (A)**

\_\_\_\_\_  
**Ps. Cl. Antonio Aguirre Fuentes**

**REVISOR(ES)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**DIRECTOR DE LA CARRERA**

\_\_\_\_\_  
**ALEXANDRA GALARZA COLAMARCO**  
**Guayaquil, a los 28 del mes de Abril del año 2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **Alex Cazares Bustamante y Byron Caizachana Pilataxi**

### **DECLARO QUE:**

El trabajo de titulación **Goce toxicómano y su articulación al goce de la enfermedad, en pacientes oncológicos** previa a la obtención del Título **de Psicólogo Clínico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 28 del mes de Abril del año 2014**

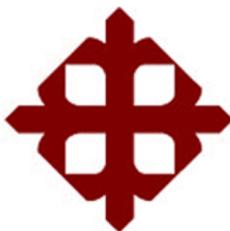
**EL AUTOR (A)**

---

**Alex Cazares Bustamante**

---

**Byron Caizachana**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Alex Cazares Bustamante y Byron Caizachana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“Goce toxicómano y su articulación al goce de la enfermedad, en pacientes oncológicos”** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 28 del mes de Abril del año 2014**

**EL (LA) AUTOR(A):**

---

**Alex Cazares Bustamante**

---

**Byron Caizachana Pilatax**

## AGRADECIMIENTO

Agradezco aun que ya es un cliché a mis padres, por la crianza que me dieron a los valores que en mi forjaron y que me enseñaron a nunca rendirme cuando, los tiempos son adversos, a mí mismo por mi perseverancia y saber valorar cada conocimiento impartido por los profesores que encontré a lo largo de la carrera, alguno que se llevan mi admiración.

Agradezco a los compañeros que tuve durante esto 7 años de carrera, alguno se convirtieron en grandes amigos y parte de mi vida, otro que mediante su ejemplo me enseñaron muchas cosas que son dignas de valorar.

A mis compañeros de prácticas, con lo cuales pasamos gratos momento, encuentros y reuniones que sirvieron para crear lazos fraternos, que me atreverá a decir que perduraran en cada uno de nosotros, doy gracias por esto y por la compañía y apoyo brindadas durante el año de prácticas y el trabajo hospitalario realizado en cada uno de los ambientes y pisos de Solca, un agradecimiento muy especial para mi compañero de tesis y de formula Byron, por darme aliento y serenidad cuando mi juicio era un poco nublado, por poner su confianza en mí para la realización de este último trabajo que nos dará el reconocimiento del éxito y la recompensa de haber invertido horas, días y años a la obtención del título.

A nuestro tutor de tesis y de prácticas, que desde su posición de maestro nos orientó tanto en la práctica como en la tesis, con conocimientos precisos e invitándonos a tener un estilo propio de análisis y de interpretación de los casos clínicos

Alex Cazares Bustamante

Gracias Dios por permitir estar en este tiempo, mundo, por recibir siempre tus bendiciones, aprendizajes y por permitir agradecer a las siguientes personas que pusiste en mi camino:

Mi agradecimiento es para mis padres Jenny y Carlos por darme la vida y apoyarme siempre desde otro país ya que un día se fueron del país buscando un mejor vivir para sus hijos, y al fin acabo he aquí el resultado de tanto esfuerzo, por todos esos momentos difíciles que pasaron para darme la oportunidad de un mejor bienestar mediante la educación.

A mi abuela por ser la que me crio, me cuido y estuvo durante toda mi formación profesional, a ella se lo debo todo, su partida me impulso con mucha más razón a seguir dando todo de mí. Este éxito de ahora es tuyo abuela, gracias por no dejarme solo y criarme, aunque no estabas en la obligación de hacerlo pro sin embargo lo quisiste así por esa razón eres el fruto de este y todos mis éxitos de los cuales siempre serán tuyos.

A mi hermana por ser la compañía y mi complemento que tuve desde que se fueron mis padres buscando algo mejor para nosotros, por estar junto a mí en los peores momentos de mi vida y en los mejores también. A mis tíos, en especial a mi tía Sr. Annabell Pilataxi por estar siempre ahí, ser mi representante durante toda mi formación académica por brindarme su apoyo aun cuando no era su obligación hacerlo.

Finalmente a mis queridos amigos, de los cuales uno de ellos fue con quien hice este escrito, Alex, Gracias y a quienes han sido una pieza fundamental en mi vida en los cuales me he apoyado en los tiempos difíciles nombrarlos no hace falta, con un abrazo de corazón basta. A mis compañeros y queridos amigos de prácticas de Solca, con los que tendré el honor de graduarme y a Nuestro Director de Practica por impartirnos su conocimiento

Dios, Patria, Conocimiento y libertad

Byron Caizachana P.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de años a mi familia, en especial a mis padres por todo el apoyo brindado día a día, y a todos lo que formaron parte del proceso de culminación de la carrera, con lo cuales tendré el honor de ser u profesional de la república del Ecuador

**Alex Cazares Bustamante**

Todas las dedicatorias se la llevan mi papa, mi mama, mis hermanos, mis tíos, mis niños Briana Pilataxi e Isamil Delgado que al igual que yo les va a tocar duro en esta vida, pero al ver este escrito darán cuenta que al final del camino valdrá la pena. A mis amigos que han servido como pilar. En especial va Dedicado a mi Abuela Sr .Teresa de Jesús Beltrán Villón por formare como persona y profesional

**Gracias Abuela**

**Byron Caizachana Pilataxi**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**  
**(Se colocan los espacios necesarios)**

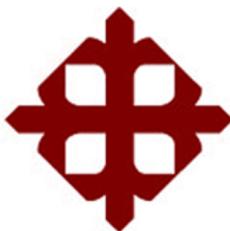
---

**Ps. Cl. Antonio Aguirre Fuentes**

**PROFESOR GUÍA Ó TUTOR**

---

**PROFESOR DELEGADO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA**

**DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CALIFICACIÓN**

---

**Ps. Cl. Antonio Aguirre Fuentes**

**PROFESOR GUÍA Ó TUTOR**

## INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO V

DEDICATORIA VII

INDICE GENERAL X

RESUMEN XIII

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 6

HISTORIA DE LA DROGA Y SU CONSUMO 6

LA RELIGIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS DROGAS 7

EL OPIO EN CHINA 10

USO DE LA DROGA EN EL 1500 11

LA ÉPOCA DEL LIBERALISMO 12

ALGUNAS CONCEPCIONES DE LA OMS 16

DATOS DE LA JIFE, SOBRE LOS OPIÁCEOS 17

CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA SUSTANCIA SEGÚN SU EFECTO PSICOACTIVO Y LA  
DEPENDENCIA QUE OCASIONAN 20

*Ansiolíticos.* 23

*Estimulantes: Anfetaminas y cocaína.* 25

*Alucinógenos.* 27

*Marihuana.* 28

*Alcohol.* 28

ALGUNAS OBSERVACIONES PSICOANALÍTICAS MÁS ALLÁ DE LAS IMPLICACIONES MÉDICAS  
31

TOXICO: MEDICINA Y PSICOANÁLISIS 39

TOXICO Y OBJETO DROGA COMO SATISFACCIÓN	<u>42</u>
OBJETO DROGA Y SUBJETIVIDAD DEL ENFERMO	<u>44</u>
<b>CAPITULO II</b>	<b><u>50</u></b>
METODOLOGÍA	<u>50</u>
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	<u>53</u>
<i>Tipo de Investigación: Aplicada.</i>	<u>53</u>
<i>Modelo.</i>	<u>55</u>
<i>Población.</i>	<u>56</u>
TÉCNICAS	<u>57</u>
<i>La Entrevista.</i>	<u>57</u>
<i>Asociación Libre.</i>	<u>60</u>
<i>Práctica de la palabra.</i>	<u>61</u>
<i>Singularidad.</i>	<u>62</u>
<b>CAPITULO III</b>	<b><u>64</u></b>
ANÁLISIS Y COMENTARIOS DE CASOS DE TOXICOMANÍA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE SOLCA.	<u>64</u>
<i>Análisis del caso clínico.</i>	<u>64</u>
a) _Caso: C. H.	<u>64</u>
Primera entrevista:	<u>64</u>
Segunda entrevista:	<u>65</u>
Tercera entrevista:	<u>65</u>
Comentarios:	<u>66</u>
b) _Caso: M.H.	<u>67</u>
Comentarios:	<u>69</u>

<i>Comentarios a partir de los casos citados.</i>	<u>69</u>
<b>ANÁLISIS DE LOS CASOS</b>	<b><u>70</u></b>
<i>a) Caso C.H.</i>	<u>70</u>
<i>b) Caso M.H.</i>	<u>73</u>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b><u>75</u></b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>77</b>

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad ofrecer un conjunto "constructivo - interpretativo" de una propuesta sobre un nuevo síntoma de la época en base a lo teórico, práctico con fundamentos psicoanalíticos. Puesto que se aborda y se explica la función del tóxico dentro de los pacientes que padecen una enfermedad Oncológica. Dicho escrito se ha venido construyendo en la institución hospitalaria Solca.

Así mismo este documentó ha sido elaborado para proporcionar una guía y soporte teórico para futuras investigaciones y futuras generaciones de practicantes en instituciones hospitalarias como Solca.

El trabajo se ha elaborado a partir de nuestros conocimientos que fueron llevados a puesta en la práctica encontrando casos sobre nuevos síntomas de la época que durante nuestras pasantías en el hospital Solca llamaron nuestra atención. Como es el caso de la toxicomanía, el cual es objeto de estudio de nuestro escrito.

Durante el desarrollo de la investigación se han podido responder algunas interrogantes sobre este nuevo síntoma. Tal como se pone en juego en la toxicomanía: Tóxico-Sujeto-enfermedad.

Palabras Clave: Toxicomanía, Goce, medicina, tóxico, objeto, Psicoanálisis

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo de investigación se elabora previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico. El trabajo que hemos realizado esta bajo la dirección del Psicólogo Clínico Antonio Aguirre.

Este documento de investigación ha sido elaborado en función aportar a la sociedad nuestros conocimiento y que este ayudé para un posterior trabajo o seguimiento. Con la llegada de la nueva Constitución de la República del Ecuador, la Educación Superior tiene por delante un camino llenos de nuevos retos de los cuales el sistema de educación superior esta articulado al Plan Nacional de Desarrollo y Buen Vivir. Siguiendo la misma línea, el proyecto de ley Orgánica De Educación Superior se estructura rigiéndose por principios de autonomía responsable, calidad, pertinencia entre otros (Ecuador, 2014).

Las líneas de investigación desarrolladas por la carrera de psicología Clínica u Organizacional de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil se vinculan con los objetivos de la LOES. ART. 107 (Proceso de autoevaluación, 2012) en la que la Educación Superior debe responder a las expectativas y necesidades de la sociedad y la planificación nacional de desarrollo.

Dichas líneas de investigación se encuentran en relación a la visión y misión de la UCSG, en las que se señalan que la investigación formativa permite el estudio de los problemas sociales que afectan a los sujetos, los cuales fomentan el interés de los estudiantes para ser profesionales

socialmente responsables capaces de producir nuevos Conocimientos que le den solución a tales o cuales problemas (UCSG- Misión, Visión y Objetivos, 2014)

Este trabajo apunta a la línea de investigación de “Sujeto y época” en la que se enfatizan las nuevas formas de malestar en la época de la incertidumbre. Dicha Línea de investigación responde a la problemática de la necesidad de actualización de criterios diagnósticos y formas de tratamiento de nuevas formas de malestar subjetivo (Carrera Psicología Clínica - Área de Investigación, 2014)

En primer lugar es importante y necesaria destacar el inicio de la institución, debido a que nos dio la pauta para elaborar nuestro trabajo despertando y llamando la atención de estas nuevas formas de síntomas y temas que surgen dentro de ellas las cuales nos permiten su respectiva indagación.

“En la década de los años cuarenta, el Sr. Dr. Juan Tanca Marengo, distinguido médico y humanista guayaquileño, preocupado por la Salud Pública y en consideración a la gran incidencia de las enfermedades cancerosas, concibió la necesidad de difundir conocimientos oncológicos a los estudiantes de medicina y médicos en general, a fin de establecer campañas de prevención y curación de esta enfermedad, a través de la creación de una Institución dedicada a la Lucha Antineoplásica en el Ecuador”. (Sociedad de Lucha Contra el cáncer del Ecuador, 2014)

En 1951 finalmente el Sr. Juan Tanca Marengo, logra reunirse con amigos y colegas con los que logra fundar una de las más destacadas obras de salud pública en el Ecuador, es así que nace LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER, cuya abreviatura sería la que hoy

conocemos como S.O.L.C.A. “La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA, es una Institución de derecho privado con finalidad de servicio público, creada con el propósito de efectuar la Campaña Nacional Contra el Cáncer en la República del Ecuador”. (Solca, 2014).

La Institución despliega una constante campaña de lucha contra el cáncer a través de lo que se conoce como “Núcleos y Comités de amigos”, lo que permite ayudar a desplegar esta actividad en la mayor parte del territorio Ecuatoriano.

El tema escogido para este escrito es "goce toxicómano en pacientes oncológicos y su articulación con la enfermedad", cuya investigación y desarrollo fue realizado durante las prácticas pre-profesionales de la carrera de Psicología Clínica que se efectuaron en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (S.O.L.C.A).

El ritmo de los avances médicos se aceleró en todos los frentes durante el siglo XX. Donde se produjeron grandes avances en biología, química, psicología, farmacología y tecnología, por lo general de manera convergente o superpuesta, estos nuevos conocimientos sobre enfermedades hicieron posibles nuevos tratamientos y curaciones para muchas afecciones.

En dónde la morfina apareció a principios del siglo XIX. En esta época se recetaba opio (analgésico), pero surgían dudas cuando se trataba de establecer qué dosis era conveniente administrar según la pureza del preparado.

Este uso implicaba un aparente consumo para aliviar dolores ante un malestar de tipo orgánico pero no implicaba un consumo masivo y sin límites como el de la toxicomanía, que no tiene regulación alguna y busca un goce auto-erótico.

El tema se centra en la dinámica del paciente oncológico con lo tóxico, en cómo este objeto (Droga) le serviría al sujeto como un recurso para obturar esa ausencia del dolor y de displacer causada por la enfermedad y por otra parte sentir este plus de gratificación en el cual le permite vivenciar intensos sentimientos de placer.

Para Freud en *El malestar de la Cultura* considera a las sustancias como “quita-penas” por medio de las cuales es posible sustraerse de la presión de la realidad y refugiarse en el mundo propio en cualquier momento, postulando que es esta propiedad la que determina su carácter peligroso y dañino (Freud, 1930).

El cuerpo juega un papel importante ya que no se caracteriza solo por la dimensión de extinción, si no que un cuerpo desde el punto de vista del Psicoanálisis está hecho para gozar y gozar de sí mismo es por eso que siempre hay un goce a nivel donde empieza a aparecer el dolor

Lacan en su texto *Psicoanálisis y Medicina en Intervenciones y textos* (1999) expone:

“Lo que llamo goce, en el sentido que en el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo aparece velada. (p. 95)”

Es por eso que a pesar de ser maltratado se sigue poniendo la otra mejilla. Es por eso que nos tropezamos una y otra vez con la misma piedra. Y hacemos sangrar la herida sin poder alejarse

del recuerdo traumático, de la evocación dolorosa que ataca desde adentro que nos paraliza y nos hace girar en el mismo lugar, de la misma manera.

Esto nos lleva a preguntarnos ¿hasta qué punto el paciente oncológico sustrae el Objeto (Droga) como mecanismo obturador de goce?, para responder esta interrogante y cumplir con los objetivos de la investigación, es necesario poder explicar lo que es y cómo funciona la dinámica del paciente oncológico con la toxicomanía, lo cual nos llevara desde la teoría al ejercicio clínico, a la presentación de un caso donde se pueda mostrar esta dinámica Tóxico-paciente

## **CAPÍTULO I**

### **Historia de la droga y su consumo**

Para abordar de mejor manera la historia de las drogas y cada aspecto del consumo de ellas por parte del hombre, utilizaremos el texto de Antonio Escohotado quien es filósofo, sociólogo y jurista. Nació en Madrid en 1941.

En su texto sobre “La Historia General de las Drogas” hace un recorrido histórico sobre el uso de las mismas y lo contextualiza abordando aspectos culturales, mitológicos, antropológicos, sociológicos, políticos, químicos y médicos; siendo este último punto de vital importancia para la construcción de este trabajo. Su objetivo es evidenciar el uso que se le ha dado a las drogas a través del tiempo con sus características.

La droga es casi tan antigua como la humanidad. Señala Escohotado (2007) en la historia general de las drogas que la civilización como tal sufre a causa de plantas “cuya existencia se remonta a tiempos inmemorables y cuyas respectivas virtudes fueron explotadas a fondo por todas las grades culturas”. (P. 27)

De hecho no existe grupo humano donde no se haya implementado el uso de varias sustancias psicoactivas. Lo fundamental a considerar seria el efecto de toxicidad que causa una determinada sustancia en el cuerpo, ya que no hay droga que pueda ser considerada como inofensiva o que no cause ningún tipo de reacción y la relación del sujeto con la misma.

Desde la antigüedad ya nos llega un concepto mostrado por los griegos para llamar a las drogas; Pharmakon, que indica dos caras de la misma moneda: remedio y veneno, es cura y amenaza, inseparablemente. Vamos a situar puntos importantes de su desarrollo histórico hasta la actualidad. Para constatar su trayectoria y los procesos que en ella se implican.

Dentro de lo que involucra la trayectoria de las drogas, mencionaremos en que puntos el hombre las vincula a cada uno de los aspectos considerados como importantes su desarrollo y evolución, como en la religión, el comercio, medicina y el consumo liberalita de las sustancias psicoactivas; hasta llegar a la actualidad.

### **La religión y su relación con las drogas**

Desde el origen de los saberes culturales el hombre y las religiones se vincularon por dogmas escritos y castas sacerdotales para poder interpretar la voluntad de los dioses en la era pagana o más tarde la de algún dios único y omnipotente, estos cultos creados de la conciencia del hombre fueron nombrados como conocimientos revelados.

En la era pagana encontramos por ejemplo el culto a Perséfone (vinculado con los cereales) y Dionisio (ligado al vino) y más tarde se fusionaran haciendo el banquete del pan y el vino ya presente en los cultos a Attis y a Mitra y más tarde los retomará el Cristianismo como el sacramento de la comunión, que conmemora la última cena de Jesucristo con sus discípulos.

Así muchos de los ritos iniciáticos antiguos de tipo extático y orgiástico estaban asociados en las distintas religiones con el consumo de alguna sustancia psicoactiva. En el Budismo está muy presente desde el comienzo, Buda utiliza el cáñamo que hoy conocemos comúnmente como marihuana para lograr un nivel elevado de conciencia a través de la meditación y el ayuno.

En la cultura judeo cristiana, el tema del consumo del alcohol está presente de distintas formas por un lado previene del estado de ebriedad pero en otras ocasiones lo recomienda como un analgésico, el vino es celebrado en el salmo.104, en el que “regocija el corazón del hombre” donde los judíos pueden inspirar una alegría deseable, signo de sabiduría y es un modo de destacar su santidad.

De igual manera en el Hinduismo está presente nuevamente el cáñamo en los primeros escritos de los Vedas, donde dice “Hemos bebido Soma, nos hemos hecho inmortales, llegado a la luz, hemos hallado a los dioses”. (Rig Veda, 1998)

En América, en la cultura de los indígenas, (Aztecas, Mayas, Olmecas y diversos pueblos amazónicos) el consumo de ciertas sustancias está estrictamente ligado a ritos religiosos de iniciación, revelaciones, profecías y de unión armónica con la tierra, en viajes a otros planos más espirituales y en contacto directo con cada uno de sus dioses.

Es decir, algunas drogas han sido utilizadas como puentes que le sirven al hombre para comunicarse con divinidades, no obstante su uso tenía un objetivo específico; generar contacto con lo divino.

Estas experiencias no eran simples ritos circunstanciales sino que era el centro de la verdadera experiencia religiosa, que justificaba la existencia del culto y el uso de sustancias que alteraran el estado de conciencia.

El primer encuentro que se ha logrado registrar de la humanidad con la droga data de hace muchos años de antigüedad, en el primer libro que ese menciona esto es en el Génesis de la Biblia. Donde fue Noé, después del diluvio, quien planto la vid y acto seguido probó su fruto fermentado y se embriagó.

Como, por ejemplo, en las culturas grecorromanas, hubo una constatación de presencia por parte de las drogas, de allí es donde se origina el término de *pharmakon*, los ciudadanos utilizaban principalmente el opio que hoy en día es considerada una droga adictiva. Su principal efecto es el adormecer el cuerpo.

Existe una dicotomía en la palabra droga, donde caben tanto el sentido de la sustancia como un instrumento de goce que conduce a la muerte y la sustancia como benéfica, lo que genera controversia en el modo de utilizar el fármaco.

Entonces frente a este dilema surge la pregunta: si el problema es la sustancia, o la relación que el sujeto establece con la misma.

En estas culturas, tanto griega como romana el vino era utilizado en los banquetes, donde se realizaban fiestas cuya atracción era el desempeño de una orgia en las cuales las mujeres se inspiraban al calor del vino.

Desde ese punto de vista observamos que la costumbre de drogarse no es nueva, históricamente el hombre siempre ha consumido sustancias que han alterado el funcionamiento normal del sistema nervioso el alcohol y los opiáceos fueron los primeros psicoactivos empleados con esta finalidad.

### **El opio en china**

El opio es una sustancia que existía en China desde mucho antes de que los ingleses comenzaran a expendérsela. Cuando estos la empiezan a vender se prohíbe en China el consumo de opio, pasando a ser un negocio clandestino entre los traficantes y los ingleses. Esto respondió a ciertas razones económicas: los ingleses compraban mucha mercancía China y tenían que equilibrar la balanza comercial, así prohibieron el opio que lo cultivaban en India, que en aquel entonces era una colonia inglesa y luego se lo vendían a los chinos.

El punto que destaca (Naparstek, 2006) es que al ser prohibido el Opio en China se convierte en un problema para ellos y señala que la cuestión parece estar en la relación entre la Ley y el deseo.

Lacan lo resalta, cuando algo es prohibido es, a la vez, más deseado, y aquí hace una reflexión es el estado quien debe hacerse cargo de cómo se consume o cada cual se hace responsable de su propio consumo, se trata al parecer más bien de una responsabilidad subjetiva. (1952)

Los opiáceos son los fármacos conocidos más antiguos del mundo, En 1903 Freidrich Serturner aisló el principal componente del opio al que se denominó como morfina derivado de Morfeo, Dios griego de los sueños debido a que su uso terapéutico es de la adormidera., Los principales opiáceos provenientes del opio son la morfina, codeína y tebaína.

Dentro de estos derivados procesados de la planta de opio se encuentra la morfina, droga que se utilizó masivamente por primera vez durante la Guerra Civil Americana (1861-1865) para realizar intervenciones quirúrgicas, al mismo tiempo que se detectó que la adicción era mayor por la inyección de la droga al torrente sanguíneo, que por la inhalación del humo de los cigarrillos de opio o por ingesta oral.

“Pero los más interesantes preventivos del sufrimiento son los que tratan de influir sobre nuestro propio organismo, pues en última instancia todo sufrimiento no es más que una sensación” (Freud, Malestar en la Cultura 1930, p.3026).

### **Uso de la droga en el 1500**

Esta es la famosa época de la “caza de Brujas”, donde las drogas eran utilizadas para hechizos y brujerías, pero no se perseguía a las drogas sino a las brujas.

Naparstek menciona que con el tiempo el asunto cambia y se persigue a las drogas como si fueran el mismo demonio, sin embargo esto no parece ser casual, de hecho, Escohotado señala que en esta época: Satánera un nombre usado comúnmente para designar a Dionisio y otras deidades de tipo extático y orgiástico a las cuales el cristianismo condenó y persiguió, luego

destruyó la evidencia de tal devastación, no solo en cuanto a los asesinatos cometidos, sino también a la quema de bibliotecas enteras con una pérdida histórica-cultural-medicinal invaluable y para justificarlo utilizó el viejo y conocido recurso de satanizar al adversario ¿Las drogas?.

Antonio Escohotado (1988). En “Carta a la madre de un toxicómano”, escribe:

“Dentro de su penosa situación, señora, le sirve de consuelo pensar que la heroína es algún tipo de cuerpo maléfico que basta mirar para quedar enganchado irresistiblemente. Su hijo, un pobre incauto, quiso probar nada más y desde ese preciso instante se convirtió en víctima justificada para robar o hasta matar, y desde luego para declararse parásito perpetuo”.

Vale aquí repensar la responsabilidad del sujeto en el consumo de sustancias y el beneficio que obtiene del mismo por lo tanto Escohotado plantea que el esfuerzo de las autoridades por crear algo diabólico ha desembocado en la aparición de un ejército dirigido por asesinos, aunque reclutado entre farsantes e ilusos, que, a cambio del estigma y el envenenamiento con matarratas y maizena compran irresponsabilidad (...) “La verdad, señora, es que no hay drogas buenas y malas, sino usos sensatos e insensatos de las mismas” (Escohotado, 1988).

### **La época del liberalismo**

El liberalismo está muy presente en los Estados Unidos desde el comienzo del siglo pasado. Este sistema filosófico, político, económico, cultural se funda principalmente en la democracia y promueve los derechos, a esto sumamos el tema del laissez-faire donde cada cual “hace lo que

quiere” y la cultural es básicamente “tolerante”, (al menos en discurso) frente a las decisiones individuales, se permite al sujeto relacionarse libremente, entre otras cosas con las sustancias.

Los últimos años de la década del 60, comenzó un movimiento muy particular que fue conocido como “movimiento hippie”. Este movimiento se caracterizó por la anarquía no violenta, por la preocupación por el medio ambiente y por un rechazo general al materialismo occidental.

Los hippies formaron una cultura contestataria y antibelicista, decidieron retirarse de la sociedad a la que condenaban por su actitud cómoda y conservadora, inclusive “hipócrita”. Comenzaron, entonces, a reunirse en comunas, constituidas como organizaciones libres y sin jerarquías, en total contraposición de lo que pasaba en la sociedad burguesa.

Aquí las drogas empiezan a tener un lugar fundamental, empieza a ver ciertos acercamientos de estas comunas con culturas indígenas que eran ya fuertes consumidores en tanto sus prácticas religiosas se ligaban íntimamente con sustancias psicoactivas.

Finalmente el auge de las terapias, no está fuera de todo esto, había una idea muy fuerte en esta época que proponía la utilización de ciertas drogas para acceder más fácilmente al inconsciente.

Aparece la Coca-Cola, que inicialmente estaba compuesta por coca, más adelante esta es reemplazada por cafeína. (Naparstek, 2006) resalta en este época un momento central, que tiene que ver con el periodo donde se instala la adicción, la drogodependencia o la toxicomanía como tal.

Es durante la guerra de los Estados Unidos que se empieza a utilizar de manera sistemática la morfina (derivado del opio) en los hospitales para calmar los dolores de los soldados heridos, y es cuando termina la guerra cuando comienzan a aparecer las adicciones a la morfina, a esto se lo llamo “mal militar”.

Pero el punto crucial es cuando se descubre el fenómeno de abstinencia. “Hasta ese momento había una idea muy fuerte y muy centrada en la buena o mala fe de la persona que consumía” (Naparstek, 1999, p 17).

Cuando aparece el síndrome de abstinencia el consumo entra dentro del campo médico, es entonces cuando se piensa que cualquier cosa es mejor que sufrir los malestares producidos a falta de la sustancia. Históricamente, es aquí donde se ubica la toxicomanía, la droga-dependencia, la adicción.

Naparstek señala que todo el asunto era si se lograba captar la causa material del mal y recién con el síndrome de abstinencia eso aparece bajo la concepción científicista de la época. Entonces el gobierno mete sus manos en el asunto y establece todo tipo de políticas públicas para reprimir el consumo de sustancias psicoactivas.

El autor termina este capítulo escribiendo una definición de la OMS donde distingue sustancia productoras de hábitos de sustancias productoras de adicciones, dice:

Estado de intoxicación crónica, periódica originada por el consumo excesivo de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

1. Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio
2. Una tendencia al aumento de las dosis.
3. Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
4. Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad (OMS, Organización Mundial de la Salud, 1955).

Continúa señalando los tipos de drogas y las cantidades, entonces hay drogas consideradas adictivas y drogas que no; las drogas llamadas pesadas y las consideradas blandas y las cantidades menores y mayores, etc.

Finalmente, (Naparstek, 2006) hace hincapié que desde el psicoanálisis trataremos de distinguir a un consumidor de un toxicómano.

Y aclara que desde el punto de vista psicoanalítico no va a descartar la importancia de la sustancia pero tampoco vamos a ubicar el acento allí, plantea más bien la relación que establece el sujeto con la droga. La droga que aparece como una respuesta posible y repetitiva frente al malestar subjetivo.

Donde dicho malestar no se pretende resolver vía lo simbólico sino más bien que apunta a lo real. El sujeto se desengancha del Otro del lenguaje y hace una operación que prescinde del Otro sexo y encuentra una respuesta libidinal diferente, un goce auto-erótico a esto Lacan, 1975 llama la ruptura del matrimonio del cuerpo con el pequeño pipí. Esto se explicara tal cual más adelante.

La toxicomanía no es un síntoma en el sentido freudiano, ni es consistente. La droga, nos introduce a otra cosa, se trata más bien de una ruptura con el goce fálico. No es una formación de compromiso como señala Freud en el concepto de síntoma, se trata más bien de una formación de ruptura. Finalmente lo importante es la función que cumple la droga para cada sujeto esto es lo que verdaderamente nos orienta en la clínica psicoanalítica

### **Algunas concepciones de la OMS**

La OMS reserva la apelación de toxicomanía para la utilización indebida de una droga con carácter estupefaciente, la cual crea necesidad física y es empleada sin finalidad médica. “más que preguntarnos por la toxicomanía, debemos hacerlo por la relación del sujeto con la droga” (Salamone, 2011) derivando su uso en riesgos que justifican la intervención de las autoridades y reserva el nombre de habituación para referirse a la necesidad psicológica que crean algunas drogas.

El denominador común para todas las formas de abuso de drogas es la farmacodependencia o simplemente dependencia. Es decir, el uso de drogas se refiere al hecho episódico de tomar drogas, mientras el término dependencia o farmacodependencia se aplica al estado psíquico y a veces físico causado por ellas, cuya expresión sería el impulso a tomarlas nuevamente, a veces de forma compulsiva.

### **Datos de la JIFE, sobre los opiáceos**

La oferta y demanda de materias primas de opiáceos aumentó. La JIFE (2014) “Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes”, desempeña un papel importante en la oferta de las materias primas necesarias para la fabricación de todos los medicamentos que contienen opiáceos.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Convención de 1961 y las resoluciones pertinentes de la Comisión de Estupefacientes y del Consejo Económico y Social, la Junta examina periódicamente las circunstancias que afectan a la evolución de la oferta y la demanda de dichas sustancias y, en colaboración con los gobiernos, procura mantener un equilibrio duradero entre una y otra.

Para analizar la situación en este ámbito, la Junta se sirve de la información facilitada por los gobiernos de los países que producen tales materias primas, así como de los países en los que se utilizan para la fabricación de opiáceos o de sustancias no fiscalizadas en virtud de la Convención de 1961. En el informe técnico de la Junta sobre estupefacientes correspondiente a 2013 figura un análisis detallado de la situación actual de la oferta y la demanda de materias primas de opiáceos.

Dicho análisis se resume en los párrafos que siguen.

La JIFE (2014) recomienda que las existencias mundiales de materias primas de opiáceos se mantengan en un nivel suficiente para satisfacer a la demanda mundial durante aproximadamente

un año, a fin de garantizar la disponibilidad de opiáceos para atender a las necesidades terapéuticas en caso de que disminuya inesperadamente la producción, por ejemplo, a causa de condiciones meteorológicas adversas en los países productores, y, al propio tiempo, para reducir el peligro de desviaciones debido al excedente de existencias.

Aunque en el periodo de 2006 a 2008 la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en morfina fue inferior a la demanda mundial estimada por los gobiernos, entre 2009 y 2011 la superó.

Como resultado, aumentaron las existencias, que a finales de 2011 llegaban a unas 493 t, suficientes para satisfacer la demanda mundial prevista durante 14 meses.

En 2012, las existencias se mantuvieron al mismo nivel (483 t) debido a que la producción fue superior a la demanda y, si bien la diferencia entre una y otra se redujo considerablemente respecto de 2012, siguieron siendo suficientes para satisfacer la demanda mundial durante unos 12 meses.

Según las previsiones, la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en morfina volverá a superar la demanda en 2013, con lo que las existencias seguirán aumentando durante el año.

Cabe prever que para fines de 2013 las existencias asciendan a 596 t, lo que equivale a unos 15 meses de la demanda mundial prevista para 2014. Los países productores proyectan aumentar la producción en 2014.

A finales de ese año las existencias podrían llegar a unas 795 t, lo que bastaría para cubrir durante varios meses más la demanda mundial prevista. La oferta de materias primas de opiáceos ricas en morfina (existencias y producción) seguirá siendo suficiente para satisfacer íntegramente la demanda mundial.

En 2012 la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en tebaína volvió a superar la demanda comunicada por los gobiernos, con lo que hacia el final del año las existencias se acrecentaron levemente a 183 t, equivalentes a la demanda mundial durante 8 meses.

Se prevé que la producción aumente en 2013 y continúe haciéndolo durante 2014.

Es probable que para fines de 2013 las existencias mundiales alcancen las 244 t, suficientes para satisfacer la demanda mundial durante 10 meses, y que para finales de 2014 asciendan a 353 t, suficientes para cubrir la demanda mundial prevista durante varios meses. La oferta mundial (existencias y producción) resultará más que suficiente para satisfacer la demanda durante 2013 y 2014.

Se prevé que para fines de 2013 las existencias de materias primas de opiáceos ricas en morfina se mantendrán en los niveles recomendados, pero que estarán por encima de ellos (15 meses) a finales de 2014.

Se estima, asimismo, que las existencias mundiales de materias primas de opiáceos ricas en tebaína aumentarán en 2013 y 2014, pero por debajo del nivel recomendado.

La Junta observó que, según los datos, la cantidad de materias primas de opiáceos disponibles para fabricar los estupefacientes que se utilizan para aliviar el dolor es más que suficiente para satisfacer la demanda actual pre vista por los gobiernos y que las existencias mundiales van en aumento.

La Junta observó también que, pese a ello, el consumo de estupefacientes con este fin se concentra en un número limitado de países. La Junta insta a todos los gobiernos a velar por que las sustancias sujetas a fiscalización internacional utilizadas como analgésicos resulten disponibles y accesibles para quienes las necesitan y pide que hagan todo lo posible por facilitarlos.

### **Clasificación y descripción de la sustancia según su efecto psicoactivo y la dependencia que ocasionan**

La dependencia física como tal, se refiere al grado de adaptación que tiene el organismo al fármaco o droga, de tal forma que si esta se suprime, sobrevienen malestares físicos que configuran el síndrome de abstinencia, con síntomas y signos de naturaleza física y psíquica, que ocasionan los diferentes tipos de droga.

La dependencia puede o no acompañarse de tolerancia, es decir de la necesidad de elevar la dosis para lograr el mismo efecto y se caracteriza por una percepción subjetiva de la necesidad de consumir, aquello que empezó como una experiencia casual, pasa a ser un eje central en la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas: a buscarlas, a obtener dinero para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc.

El impulso a consumir puede ser, además, más o menos intenso dependiendo de la situación en que se encuentre, no es necesario para hablar de dependencia, que exista deseo imperioso de consumo en cualquier situación.

Las características de la dependencia varían de un fármaco a otro, la OMS distingue seis grupos que son:

- I. Morfina y opiáceos: crean dependencia física y psíquica
- II. Barbitúricos, alcohol, sedantes, benzodiazepinas: capaces de crear dependencia física.
- III. Anfetaminas: no crean dependencia física ni síndrome de abstinencia, pero si dependencia psíquica.
- IV. Cocaína: no parece tener dependencia física, pero la psíquica es muy fuerte, ocupa el segundo lugar después de la heroína.
- V. Alucinógenos, mezcalina, L.S.D: la tolerancia aparece y desaparece rápido.
- VI. No es clara la dependencia física ni psíquica que produce
- VII. Marihuana: dependencia psíquica.

**Opiáceos.** Estos crean una fuerte dependencia física y psíquica con una temprana aparición de tolerancia lo cual se traduce en la necesidad del sujeto de aumentar la dosis para que la droga surta el mismo efecto.

El síndrome de abstinencia creado por la suspensión del consumo de opiáceos es grave y sus consecuencias, peligrosas. Los más usados son los derivados, Semisintéticos de la morfina, incluido la heroína, la hidromorfona, oxicodona, meperidina, etc.

Los adictos a opiáceos buscan atención médica por sobredosis, abstinencia o complicaciones como hepatitis, endocarditis o sida. Cuando hay una intoxicación lo que observamos es un conjunto de síntomas caracterizados por: Euforia, obnubilación mental, sensación de tranquilidad y somnolencia, es de destacar la miosis pupilar como un signo notable. La principal complicación peligrosa en una sobredosis aguda es la depresión respiratoria, en esos casos se utilizan antagonistas opiáceos puros como la Naloxona. Estos pacientes pueden presentar también neumonía por aspiración y edema pulmonar no cardiaco que se trata solamente con oxígeno.

En cuanto a la abstinencia, esta aparece aproximadamente seis horas después de la última toma junto con los primeros síntomas que son: ansiedad, insomnio, bostezos, sudor, rinorea y lagrimación, más adelante se produce dilatación de las pupilas, piel de gallina, temblores, escalofríos, anorexia y calambres en el abdomen y las piernas.

Entre las dieciocho y veinticuatro horas de la abstinencia se produce un aumento de la presión arterial, el pulso el ritmo respiratorio y la temperatura, luego aparecen náuseas y vómitos. Entre las 24 y 36 horas se observa diarrea y deshidratación.

Entre las 48 y 72 horas encontramos leucitosis, cetosis y desequilibrio electrolítico. Es de destacar que la mayoría de los síntomas mayores desaparece entre los siete y los diez días, manteniéndose el insomnio y malestar hasta semanas después. En cuanto al tratamiento, se hace más sobre los signos clínicos que sobre los síntomas y, en general con una dosis de 10 miligramos de metadona cada cuatro horas, los signos se ven neutralizados. Luego del primer día, se lleva la dosis de metadona a 80 miligramos, y al tercer día se comienza un descenso de la misma a razón de 5 miligramos por día.

**Ansiolíticos.** Uno de los síntomas de consumo más comunes dentro del grupo de los depresores dentro del sistema nervioso central (SNC) como los ansiolíticos, son las depresiones respiratorias. Paradójicamente, en lugar de sedativos, los síntomas que pueden presentarse en una intoxicación grave con ansiolíticos unas 20 pastillas, son conducta beligerante, carácter desinhibido y violenta, es decir, euforización, en cambio en la intoxicación moderada 6, 7 u 8 pastillas lo que se presenta es un cuadro similar al de la borrachera alcohólica, pero sin aliento a alcohol. Esto es una parte importante del diagnóstico diferencial, porque parece borrachera pero no emite aliento a alcohol. Se puede observar falta de coordinación motora, dificultad para hablar, pensamiento lento, somnolencia, ataxias, nistagmo.

La cuestión de los ansiolíticos parece muy simple porque mucha gente los toma y los convida pero cuando se retira la dosis una vez que el sujeto se ha habituado puede producir convulsiones, delirios y en casos extremos muerte.

La dependencia física o psíquica son dos cosas distintas, lo único que tiene dependencia física son los opiáceos.

Los cuadros de angustia que producen los ansiolíticos que cuando uno no los toma son absolutamente psíquicos, tomando en cuenta la curva de eliminación del ansiolítico, al tomarlo el individuo alivia la angustia y cuando baja el efecto la angustia se vuelve a producir.

Entonces el problema a resolver es la angustia, no es el ansiolítico, sino que el sujeto pueda hacer un tratamiento como solución de angustia, que tome en cuenta ese lugar subjetivo en el cual se produce. La angustia no se está produciendo por falta del ansiolítico, sino porque está en la estructura del sujeto, es la posición que está ocupando en ese momento de su vida. En el caso de los barbitúricos, los cuales ya casi no se ven, excepto en el tratamiento de las epilepsias, hay síndrome de abstinencia entre las 12 y 16 horas.

En cambio en las benzodiazepinas, ansiolíticos en general los síntomas de la abstinencia psíquica empiezan entre los 7 y 10 días después de haber tomado la última dosis. Los síntomas se caracterizan por ansiedad, inquietud, anorexia, náuseas, vómitos, debilidad, calambre, taquicardia, hipotensión postural, hiperreflexia y temblor de los miembros superiores.

Es decir que si bien no hay dependencia física, estos síntomas que se consideran psíquicos pueden ser tratados con contención, es decir con un acompañante para el sujeto mientras mantiene los síntomas y hasta que estos desaparezcan o puede ser usado también el fenobarbital.

En el síndrome de abstinencia psíquico se recomienda la contención, el fármaco más bien es utilizado cuando se llega a tener convulsiones o síntomas más graves. Estas convulsiones podrían a llegar a ser tan graves y producir lesiones del SNC, como el enclavamiento del encéfalo que viene a ser un traumatismo bulbar y en ocasiones el cese del funcionamiento del centro respiratorio ocasionando la muerte del paciente.

**Estimulantes: Anfetaminas y cocaína.** Estas producen dependencia psicológica y no física, y se acompañan con el consumo de alcohol o de alguna benzodiazepina lo que ayuda a bajar cierta sensación de incomodidad. El consumo de estas sustancias produce manifestaciones clínicas que pueden ser moderadas o graves.

Las moderadas son la inquietud, la locuacidad, la conducta estereotipada, bruxismo, irritabilidad, temblor y labilidad emocional que es el estado en el que se puede pasar de calma a violencia rápidamente.

Cuando hablamos de manifestaciones graves estamos ante un cuadro donde se presenta taquicardia, hipertensión, dilatación de las pupilas y a diferencia de los opiáceos puede haber convulsiones, hipertermia, delirios paranoides, alucinaciones auditivas, visuales, táctiles y conducta violenta. Estos síntomas pueden aparecer con un consumo crónico.

El cocainómano siente que al principio su adicción se va instalando de una manera placentera que deja rastros en la memoria límbica donde la demanda de placer se lee como la necesidad de

mayor consumo. El aumento de la dosis provoca ideas paranoides y de auto-referencia, también alucinaciones o alucinosis.

Es muy típico al comienzo verlo en grupo, ya que en esta etapa es locuaz, eufórico, hay intercambio de ideas brillantes, pero luego cada uno se aísla persecutoriamente.

Esta paranoia que luego al despertar por la mañana desaparece es parte del consumo crónico. Son personas que empiezan a ser agresivas, beligerantes e hiperactivas. Cuando hacen un corte con la sustancia, cambian su personalidad y regresan a su personalidad de base.

En general la cocaína encubre psicosis, esta le sirve como elemento de suplencia para sus síntomas. El tratamiento se hace en general con diazepam, Haloperidol, clorpromacina o con algún tranquilizante, que se utilizan si hay signos psicóticos muy evidentes y si hay síntomas vasculares como taquicardia o hipertensión se utilizan los betabloqueantes.

Los síntomas que aparecen con la abstinencia de esta sustancia es la depresión producida por la caída de la sustancia y debido al gasto de los metabolitos, aquellos estimulantes naturales del cuerpo se gastan con el uso de esta sustancia.

Otro síntoma es el hambre excesiva y muy típica la hipersomnia de rebote, y hay que dejarlo dormir, pero si continua de la misma manera debemos sospechar que hay un cuadro de melancolía o depresión en curso que estaba oculta por el consumo de la cocaína o la anfetamina.

**Alucinógenos.** El más común es el LSD o ácido lisérgico, la mezcalina y la psilocibina. Estos producen alucinaciones visuales, cambios de la percepción, aumento de la conciencia ante los estímulos internos y externos.

Una mínima dosis de LSD puede producir intoxicación, y a las dos o tres horas tiene su vida media donde se producen aumento de pulso, temperatura y presión arterial que produce dilatación de las pupilas. Cuando llega al efecto máximo empieza las ilusiones visuales, hay cambios perceptivos ondulatorios, es decir que cuando está mirando las cosas pasan de una a otra sin romper la conexión entre ellas, es decir que se borran los límites del cambio.

La percepción del tiempo también se distorsiona totalmente y esto lleva a una despersonalización porque se rompen sus marcos de referencia temporo-espaciales.

Después de 6 horas de la ingesta empiezan a disminuir los efectos y desaparecen entre 8 y 12 horas. Hay una reacción adversa que es la reacción de angustia o mal viaje, que termina aproximadamente en 24 horas y produce delirio, agitación, confusión, paranoia alucinatoria, agresiones y puede llevar al sujeto al suicidio frente a la terrible angustia que siente frente a estas visiones distorsionadas. La manera de tratar este cuadro es con la contención adecuada y asegurándole al sujeto permanentemente que esto va a pasar y de ser necesario se le puede dar un ansiolítico pero con la contención debería ser suficiente.

En los consumidores crónicos puede aparecer la re experimentación recurrente, es decir vuelven a aparecer las imágenes de algunos viajes anteriores lo cual dura varias semanas y desaparece solo.

**Mariguana.** Esta es muy común en el mercado, y en la actualidad se la utiliza con fines médicos por sus propiedades analgésicas. En muchas partes del mundo se está tratando de legalizar el consumo de la misma.

Hay pastillas de marihuana que ahora se venden con receta médica y la utilizan para el tratamiento de las enfermedades terminales, como el cáncer por los efectos sedativos que tiene.

La vida media que tiene la marihuana es de 3 a 5 horas luego de lo cual desaparece totalmente, esta produce ligera euforia aunque en general es más bien sedativa, relaja. Al comienzo produce simpatía y alteraciones de la percepción temporal por lo que el paso del tiempo parece más lento, el signo característico es la inyección conjuntival.

Esta también produce reacciones adversas, ya que puede producir angustias, delirios de tipo paranoide, sensaciones de despersonalización, puede haber alucinaciones auditivas o alucinosis, también se puede producir lo mismo que con la LSD es decir la re experimentación de las sensaciones producidas en el momento del consumo. No requiere generalmente de ningún tratamiento, sino simplemente dejar de consumirla.

**Alcohol.** La intoxicación es muy común actualmente. La intoxicación comienza por los 100 mgs por decilitro, es decir que es límite entre lo permitido y lo ilegal cuando se realiza una prueba de alcoholemia y cuando llega a 800 mgs el sujeto llega al coma alcohólico y muere.

Otro peligro de la intoxicación con alcohol son los traumatismos craneoencefálicos ya que por falta de coordinación puede caer y golpearse. Tenemos los comas neurológicos, los comas gastrointestinales, la depresión y un elevado índice de suicidios ligados al alcoholismo.

El alcohólico está ligado a una enfermedad melancólica de base. Es importante tener en cuenta en general la posibilidad de la tendencia suicida del sujeto alcohólico. Los trastornos neurológicos que se producen por el consumo de alcohol son los traumatismos craneanos, las neuropatías periféricas, es decir el síndrome de Wernicke Korsakoff y la degeneración cerebelosa.

Hay trastornos hematológicos como la anemia y la disminución de las propiedades de la coagulación. Entre los trastornos gastrointestinales tenemos las úlceras, diarreas, pancreatitis, hepatitis alcohólica, cirrosis que a su vez produce una encefalopatía cirrótica.

Puede haber también procesos infecciosos como tuberculosis, neumonía, cardiopatía alcohólica y disminución de niveles de testosterona, es decir que los alcohólicos crónicos son mayoritariamente impotentes e incluso podrían llegar a crecerles las mamas.

En la intoxicación tenemos una desinhibición de la conciencia con habla farfullarte, ataxia, mala memoria reciente, es decir que después de que baja la intoxicación se olvida de lo que paso en ese momento, y un escaso juicio.

El tratamiento es la contención y cuando aparecen los síntomas de la abstinencia dentro de las 24 horas hay alteración del sueño, hiperactividad automática, sueño, anorexia. Los síntomas

psicológicos que pueden aparecer son ansiedad, inquietud, irritabilidad, mala concentración, alteración de la memoria y juicio y pueden llegar a haber convulsiones. En la abstinencia alcohólica hay otro síndrome de inicio tardío, delirium tremens y puede aparecer a los 7 días de abstinencia.

Hay excitación, alucinosis, ansiedad, confusión, el sujeto entra y sale de su conciencia, inquietud motora y querella. El delirium tremens se llama así porque aparecen alucinaciones que es lo que lo caracteriza.

Los tratamientos de alcoholismo en general comienzan con una sustancia que es la vitamina B1 como la tiamina que es la sustancia que se deprime en estos sujetos. Cuando la disminución de esta sustancia es muy elevada por la mala nutrición, por la anorexia y trastornos gastrointestinales por la mala ingesta, aparece lo que se llama la encefalopatía de Wernicke – Korsakoff, donde hay un síndrome cerebral asociado a conductas psíquicas.

Esta se puede ver por resonancia magnética y se puede seguir la evolución al aplicarle tiamina al sujeto para ver cómo se van recomponiendo las imágenes defectuosas que se observaron en primera instancia.

Hay otro cuadro que se produce y se llama psicosis de Korsakoff la cual tiene muy mal pronóstico, produce alteración de la memoria anterior y posterior, incapacidad de aprender, ideas de confabulaciones que se producen contra el sujeto, estos síntomas van desapareciendo para dejar paso a una especie de estado idiótico donde el sujeto queda confuso con alteraciones en la memoria y alteraciones cognitivas.

**Algunas observaciones psicoanalíticas sobre la toxicomanía más allá de las implicaciones  
médicas**

Observamos que desde tiempos inmemorables el ser humano ha buscado prescindir del sufrimiento tanto orgánico, como psicológico debido a que según (Freud, 1930): “Tal como nos ha sido impuesta, la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles.

Para soportarla, no podemos pasarnos sin lenitivos (<<No se puede prescindir de las muletas», nos ha dicho Theodor Fontane). “Los hay quizá de tres especies: distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeña nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas que la reducen; narcóticos que nos tornan insensibles a ella” (Freud, 1930, p. 3024).

Dentro de estas especies que son útiles para lograr soportar la vida, Freud ubica el uso de narcóticos dentro de estas estrategias, le da al mismo un valor de remedio frente a la enfermedad de la existencia humana, la cual vendría a tener dos fases: "Un fin positivo y otro negativo; por un lado, evitar el dolor y el displacer; por el otro, experimentar intensas sensaciones placenteras." (Ibíd. p. 3024).

Al mismo modo Freud nos dice que el uso de estas sustancias influye en nuestro Psiquismo, dentro de esta misma obra. “El malestar de la Cultura” (1930) añade: "Pero los más interesantes preventivos del sufrimiento son los que tratan de influir en nuestro propio organismo, pues en última instancia todo sufrimiento no es más que una sensación; solo existe en tanto lo sentimos". (Ibid. p. 3024).

Freud advierte que “el más crudo pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir tal modificación, es el químico: La intoxicación” (Ibíd. p. 3026). En el mismo párrafo Freud plantea que al introducir dichas sustancias en el cuerpo, estas afectan nuestro psiquismo y pueden producirse la manía. Esto implica que el sujeto ubica los calmantes dentro de las estrategias para poder mitigar todos los padecimientos humanos, morales o físicos.

Además, Freud (1930) señala que los narcóticos nos toman insensibles a ellas, diciendo:

“los hombres saben que con ese quitapenas siempre podrán escaparse al peso de la realidad, refugiándose en su mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad, también se sabe que es precisamente esta cualidad de los estupefacientes la que entraña su peligro y nocividad” (p. 3026)

Ciertamente las drogas pueden ser definidas como toda sustancia que puede ser medicinal o no, la cual puede ser introducida al organismo por vía oral, endovenosa, intramuscular, respiratoria, epidémica.

Una vez consumida la droga actúa sobre el sistema nervioso central porque debido su acción química, produciendo alteraciones cognitivas, sensoriales, emocionales y físicas, presentando signos y síntomas que cada droga por su composición pueda generar como efecto, el cual por su composición y acción química tienen la capacidad de generar adicción.

Después de que pasan los efectos de aquel encuentro con el objeto “anhelado”, aparece la ausencia de la sustancia y es aquí donde se la pretende calmarla con la siguiente dosis. Desde el punto de vista médico, se ubica a la droga como principal causante de la toxicomanía, desconociendo al sujeto en su relación con la misma, teniendo en cuenta que la función tóxica puede ser desempeñada por un objeto cualquiera, capaz de lograr captar al sujeto como aquello que haría posible el goce que le hace falta, es la adherencia que el sujeto establece con él objeto, la que lo elevaría a la categoría de tóxico.

Al ubicar al objeto “droga” como un objeto cualquiera, se hace evidente una semejanza con el objeto contingente de la pulsión, pero hay que recordar que Freud señala también una fijación de la pulsión al objeto y esto no se encuentra en la relación de un sujeto con el objeto droga, ya que la mayor parte de los verdaderos toxicómanos, “no quieren una cosa precisa”

Porque no es el objeto droga o la sustancia lo central, sino la relación que establece ese sujeto con la sustancia y esta es la que determina las consecuencias subjetivas, produce el rechazo del inconsciente. El verdadero toxicómano habla poco, se comprueba en la práctica, y es que goza de otra cosa y no del sentido.

Lacan (1975) en la sesión de clausura de las Jornadas de Estudio de los Carteles en la Escuela Freudiana de París dirá: “no hay otra definición de la droga que ésta: es lo que permite romper el casamiento con la cosita de hacer pipí”.

Esta elaboración de Lacan está en continuidad con lo que Freud enuncia en la carta 79 dirigida a su amigo Fliess, en donde cita que cualquier adicción, la morfinomanía, el alcoholismo,

el tabaquismo, etc., constituye una sustitución de otra adicción que considera primordial, la masturbación, el autoerotismo.

Tanto la tesis lacaniana como la tesis freudiana están en continuidad, ya que la masturbación de la que habla Freud, es ese accionar puramente auto-erótico que antecede a la ensambladura con la fantasía, por lo que no habría allí relación alguna con el Otro sexo. Se trata también en este caso de una ruptura con el goce fálico, ya que este goce auto-erótico es por excelencia goce de órgano

Es decir que la droga sería aquello que permitiría romper la relación del sujeto con el goce fálico, que al no encontrarse regulado permite obtener un goce sin necesidad de pasar por la relación del Otro, produciendo una anulación del otro, dicho goce sería extraído del propio cuerpo, por lo cual se inscribiría en la línea del autoerotismo.

Miller (1993) en su artículo “Para una investigación del goce auto-erótico” señala lo siguiente:

“Existe otro tipo de goce que no pasa por el cuerpo del Otro sino por el propio y que se inscribe bajo la rúbrica del autoerotismo, digamos que es un goce cínico, que rechaza al Otro, que rehúsa que el goce del cuerpo propio sea metaforizado por el cuerpo del Otro que opera como un cortocircuito llevado a cabo en el acto de masturbación, que precisamente asegura al sujeto su casamiento con el pequeño pipí”. (p. 18)

Dicho “goce cínico” según Miller sigue siendo fálico puesto que asegura al sujeto su casamiento con el pipí, en la medida que la satisfacción auto-erótica se acompaña de una fantasía; es decir, pasa por el campo del Otro.

Como en medida se ve en la masturbación, en cambio en la toxicomanía, no se trata de un goce fálico, puesto que no se pretende resolver el malestar vía la significación fálica sino que más bien se apuntaría a lo real, debido a que dicha operación permite un desenganche del otro, del lenguaje prescindiendo del otro sexo y encuentra una respuesta libidinal diferente dicho goce "auto erótico" (Lacan, 1975) lo llama la ruptura del matrimonio del cuerpo pequeño.

A lo que se apuntaría más bien es a un goce secundario, que el consumo de drogas proporcionaría y dicho goce al que se está accediendo, no es sexual, más bien vendría a ser una Especie de elección contra la castración, contra la división del sujeto.

Dicha elección lo contrastaríamos con lo que (Eric Lauren, 1994) propone “Nada, en la droga, nos introduce a otra cosa que un modo de ruptura con el goce fálico. No es una formación de compromiso, sino una formación de ruptura”. (p. 16)

Ubicando a la adicción no como una formación de compromiso, sino más bien una “formación de ruptura”, dicha ruptura con el goce fálico hace que se pierda la particularidad del goce.

Del mismo modo la droga aparecería como un objeto útil para obturar la falta, no pasando por el otro, más bien teniendo un goce a-sexuado como ya se mencionó anteriormente ya que la intoxicación induciría a una experiencia vacía del sujeto donde su relación con el Otro se rompe.

Esto llevaría a suponer que lo tóxico le permite al sujeto y en particular al paciente oncológico experimentar una sensación de bienestar, alcanzando una sensación de goce inmediata y reproducible a voluntad sin la angustia, lo que con la ayuda de la morfina conseguiría

Dicha morfina que según la OMS crea tipos de dependencia farmacológica y dentro de estas ubica:

La dependencia de tipo morfínico que es un estado provocado por la administración repetida de morfina, o de un agente de propiedades semejantes a las de la morfina, en forma periódica o continúa, y sus principales características entre las cuales crea dependencia Psíquica y física. (OMS, Organizacion Mundial de La Salud, 1964)

Crea una dependencia física respecto a los efectos de la Droga, que requiere la presencia de esta para el mantenimiento de la homeostasis y que da lugar a un síndrome de abstinencia bien definido, característico y de curso constante cuando se suspende su administración lo cual nos lleva a pensar que el tóxico le permite al sujeto una sensación de bienestar transitorio mediante un restablecimiento de la homeostasis del (principio de placer).

Lacan (Psicoanálisis y medicina 1999) interrogó sobre el placer:

"¿Que se nos dice del placer? Que es la menor excitación, lo que hace desaparecer la tensión, la tempera más, por lo tanto aquello que más detiene necesariamente en un punto de alojamiento de distancia muy respetuosa del goce. Pues lo que yo llamo goce (...)" (p. 95)

A partir del planteamiento de Lacan y de la primicia que hay goce en el nivel de donde comienza aparecer el dolor, nos lleva a pensar que lo tóxico permite al sujeto un encuentro con un goce y acceder a ese goce, y en los pacientes podemos ubicar ese goce secundario, en el "dolor" al que se hace referencia y al que se refieren los pacientes se encuentran dentro de esa particularidad del sufrimiento.

Dolor que adquiere diferentes formas o expresiones en el discurso del enfermo, pero teniendo siempre el común denominador de una sensación casi físico de vacío que reclama el tóxico como aquello capaz de obturarlo, podría decirse que el sujeto acoge lo tóxico como una manera de aliviar, lo cual provocaría la compulsión a la repetición.

Podríamos pensar el consumo de sustancias como una medida que se utiliza dentro de la medicina en pacientes oncológicos para evitar el displacer o el dolor intentando eliminar dicho sufrimiento en este caso el dolor

En este mismo sentido, Mauricio Tarrab (2010) ubica a la droga como una operación diciendo:

“La operación toxicómana es aquella que no requiere del cuerpo del Otro como metáfora del goce perdido y es correlativa de un rechazo mortal del inconsciente” (p. 23) en esta breve

definición resume lo que está en juego; "la droga y el tóxico procura a cada quien, pero también sirve para situar lo que cada quien hace con el tóxico y porque caminos.

"La operación toxicómana" según (Tarrab, 2010); procede por un rechazo del Otro. No produce de ninguna manera un mensaje dirigido al Otro. Se muestra no articulada sino en ruptura con el campo del otro.

De manera que no se busca al otro sexo, si no que procura su goce por un camino que no es sexual más bien que está orientado al propio cuerpo, promocionando una dependencia del mundo exterior apuntando más bien a lo real. De manera que el paciente que es inducido a la morfina crea una dependencia del mundo exterior, procurando un goce que está orientado hacia el cuerpo (sufrimiento)

Al estar orientado al propio cuerpo, y dicho de paso que se sabe que un cuerpo está hecho para gozar, y en medida que se sabe que dicho goce puede estar orientado al sufrimiento también por nuestra libido pulsional, ubicamos el dolor al que los pacientes oncológicos hacen referencia y al cual la medicina busca eliminar o apaciguar como una forma particular de sufrimiento que como Freud atribuye el mismo padecimiento que es originado en las relaciones con otros seres humanos. Y que se va adquiriendo de diferentes formas, expresiones y relatos según la manera como lo perciba dicho paciente su malestar.

Pero teniendo de común denominador una sensación de vacío puesto que dicho sufrimiento viene desde el propio cuerpo haciendo referencia a lo que dice Freud en el malestar de la cultura, donde resalta que uno de los tres lados por donde el sufrimiento amenaza es el propio cuerpo que

es condenado a la decadencia y aniquilación y por ende se reclama al toxico como aquello capaz de obturarlo. Por eso decimos que es una manera directa de hacer con lo real

Es importante enmarcar que el carácter tóxico se presenta como una atribución agregada a un objeto (morfina), puesto que como ya se había mencionado anteriormente dentro del escrito. El problema no es el objeto Droga en sí, sino que más bien que el paciente oncológico establece una posible relación con el objeto y que además lo convierte en tóxico, lo que evocaría un tipo de goce.

Al llegar a dicho punto es importante aclarar la idea de lo que se tiene de tóxico, tanto para la ciencia, como para el psicoanálisis debido a que nuestro trabajo es orientado hacia la toxicomanía.

### **Tóxico: Medicina Y Psicoanálisis**

Para la medicina el término tóxico es un "Veneno"\*^ ; "una sustancia que ingerida, inhalada, absorbida, aplicada, inyectada o desarrollada en el interior del organismo es capaz, por sus propiedades químicas o físicas, de provocar alteraciones órganos funcionales e incluso la muerte". Es decir, que siempre es perjudicial para quien se expone, lo cual genera una toxicidad en sí misma, que va más allá de quien sea que la consuma.

Como es el caso de algunos tóxicos, por ejemplo el mercurio y el cianuro, que basta con una ingesta muy pequeña e incluso una inhalación accidental para que funcione como veneno, en otros caso como el del plomo, se requiere de una parcial acumulación, la cual supere cierto

mínimo en la sangre para que comienza a tener efecto de veneno. A partir de esto podemos hacer un acercamiento a nuestro enfoque Psicoanalítico de lo tóxico, en tanto lo que se refiere de una acumulación.

Ciertos tóxicos son producidos por los seres vivos como bacterias, a las cuales se las conoce como toxina, las cuales permiten la elaboración de antitoxina, estos se usan para evitar la muerte de quien haya sido afectado. En cambio para el tóxico de la toxicomanía no existe la posibilidad de que haya una cura, al menos no por parte de la ciencia.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, Freud expone que los métodos más interesantes de precaver el sufrimiento son los que procuran influir sobre el propio organismo. Es que al fin todo sufrimiento es solo sensación, solo subsiste mientras lo sentimos, y solo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo. Siendo el método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación

Freud ha empleado el término tóxico a nivel orgánico mencionando que solo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo y pone al químico como el método más tosco pero más eficaz, dentro de la medicina también se lo relaciona a la morfina como un método que actúa a nivel orgánico.

La cual generalmente es utilizada para tratar heridas serias y situaciones que producen dolores persistentes y severos, dicha sustancia alivia el dolor ocupando los receptores del cerebro que se

unen a las endorfinas y encefalinas, estas dos moléculas trabajan juntas para reducir el dolor y producir una sensación de euforia.

La morfina ayuda a producir estas moléculas en mayor cantidad que las producidas con normalidad para bloquear los receptores del dolor, ocasionando una euforia moderada que disminuye los efectos del dolor.

También desde el punto de vista de Freud se introdujo ciertas diferencias sobre el tóxico respecto del saber médico, como en su escrito sobre el chiste donde se expone que el talante alegre, sea generado de manera endógena o producido por vía toxica, rebaja las fuerzas inhibitoras.

“La alteración en el estado del talante es lo más valioso que el alcohol depara al ser humano, y por eso no todos pueden prescindir de ese «veneno»” (Freud, el Chiste y Su Relación con el inconsciente 1905, p. 122).

Podemos observar que aparece la palabra "veneno", como reconociendo que el alcohol no representa en si lo tóxico, sino que lo ubica como un objeto donde el sujeto hace lección de beber en exceso, hasta conseguí un cierto estado de alcanzar el sosiego y un cierto fin (El De la Toxicidad).

Ciertas drogarás que se consideran y se emplean de un modo que tengan un objetivo principal ya sea con fines de apaciguamiento, exaltación, éxtasis, etc., hacen recaer la causa de la adicción

en la sustancia misma pero no por la sustancia, si no que más bien por los "Benéficos" que le otorga dicha droga, de tal modo que se excluye al sujeto y la responsabilidad que le dé su goce

### **Toxico y objeto droga como satisfacción**

Parece preciso insistir en marcar lo más claramente posible que tóxico no es lo mismo que objeto droga y que el carácter de tóxico, es una atribución agregada a un objeto. Como ya había mencionado anteriormente, el problema no es el objeto droga en sí, sino la relación que el sujeto establece con el objeto que además lo convierte en toxico. Aquí parece pertinente hacer alguna delimitación de la noción de tóxico, una aclaración en cuanto a qué es un tóxico para la ciencia y qué es para el psicoanálisis, dado que hablamos de toxicomanías.

El término tóxico para la medicina es un veneno, una sustancia que siempre es perjudicial para quien se expone a ella. Es decir, que tiene una toxicidad en sí misma, más allá de quién la consume; y en el caso de algunos de estos tóxicos, por ejemplo el del cianuro, basta una ingesta muy pequeña, incluso una inhalación accidental, para que funcione como veneno.

En el caso de otros tóxicos como el plomo, se requiere de una acumulación, es necesario que su nivel en sangre supere cierto mínimo, para que comience a tener un efecto de veneno. Y aquí ya nos acercamos un poco al sentido psicoanalítico de lo tóxico, en tanto se trata de una acumulación, aunque todavía en el plomo, hay una toxicidad per se, es venenoso para cualquiera.

Algunos tóxicos, como el veneno de ofidio y otros producidos por seres vivos como bacterias, reciben el nombre de toxinas y permiten la elaboración de antitoxinas, antídotos para evitar la

muerte de quien haya sido afectado. Para el tóxico de la toxicomanía en cambio, no existe la posibilidad de elaboración de antídotos, no por parte de la ciencia por lo menos, pero tal vez podría pensarse en un tratamiento sustitutivo, metadona por heroína, como un intento de producción de los mismos.

Freud ha empleado en sentido biologista el término tóxico en algunas ocasiones, pero en otras introdujo ciertas sutiles diferencias respecto del saber médico acerca de la toxicidad, por ejemplo en su escrito sobre el chiste, donde señala que el vino es uno de los modos, la vía tóxica y exógena, de lograr un talante alegre y desinhibido, diciendo que: “La alteración en el estado del talante es lo más valioso que el alcohol depara al ser humano, y por eso no todos pueden prescindir de ese «veneno»” (Freud, *el Chiste y Su Relación con el inconsciente* 1905, p. 122).

La palabra veneno aparece entre comillas en el texto, lo que nos permite pensar que Freud reconoce que el alcohol no es un tóxico en sí mismo y que ubica allí aun sujeto y su elección de beber en exceso, hasta conseguir un cierto fin, el de toxicidad. La consideración de ciertas drogas empleadas con fines de aturdimiento, exaltación, éxtasis, apaciguamiento, etc., como tóxicas per se, hace recaer la causa de la adicción en la sustancia misma, excluyendo de este análisis al sujeto y la responsabilidad que le cabe por su goce.

Esta ha sido la posición de la ciencia centrada en las características químicas de los diversos estupefacientes y en su interacción con receptores y neurotransmisores cerebrales y por consiguiente sus efectos sobre el sistema nervioso central, considerando que es su mecanismo de acción típico lo que explica las adicciones. Pero tal como Freud lo señala en su artículo sobre “La

etiología sexual de las neurosis”, no todos los que consumen sustancias consideradas adictivas en sí mismas, desarrollan una toxicomanía, lo que revela que allí se ponen en juego otros factores.

El empleo más propiamente freudiano de la noción de toxicidad, es el que relaciona lo tóxico con una acumulación, como en el caso del plomo, pero no de un veneno externo sino de una tensión sexual física.

En este sentido Freud habla de toxicidad cada vez que se refiere a la etiología de las neurosis actuales, para las que no acepta un origen psíquico, tal como expresa en su artículo sobre el onanismo, en el que critica a Stekel su extensión exagerada de la psicogénica. Para Freud la génesis de estas perturbaciones neuróticas, está ocasionada mayormente en la abstinencia en el caso de la neurosis de angustia y en la masturbación excesiva en el caso de la neurastenia, pero en definitiva se trata de una tensión sexual cuya descarga ha sido interceptada y es la imposibilidad de su satisfacción, la que superado cierto límite, resulta tóxica.

### **Objeto Droga y subjetividad del enfermo**

La inducción de la morfina produce un rechazo del dolor en un paciente oncológico al mismo tiempo que se induce a una toxicomanía recurrente, en tanto la sustancia ubicada en el lugar de objeto le produce un rechazo del sistema simbólico en el que él mismo está representado y el precio de ese rechazo es su propia desaparición como sujeto vinculado a los lazos sociales. Para este sujeto el vínculo social no cuenta, sólo está interesado en su satisfacción y en el momento de surgimiento de su goce, de su experiencia toxicomaniaca, se produce el eclipse del sujeto. Si

partimos de la premisa de que hay una demanda de satisfacción, es porque la experiencia humana está atravesada por una insatisfacción fundamental o primaria.

Como señalábamos anteriormente, (Freud, 1930) lo explicita en “El malestar en la cultura” que el hombre ha de renunciar a una parte de su satisfacción en aras de la comunidad, del bien común y del lazo social. Esta pérdida obligatoria de satisfacción introduce en el hombre al lugar de la falta, una de cuyas coberturas es la toxicomanía, una de las formas de tatarla es con el objeto droga.

Todo objeto de satisfacción en el hombre está marcado por esa primera renuncia, que impide que exista una complementariedad para el hombre con su objeto, es decir el objeto causa de deseo esta irremediamente perdido, con el imperativo de jamás ser hallado. Por eso los objetos que busca el hombre con la ilusión de reencontrar ese primer objeto son parciales, imposibles de intercambiar, perecederos, y devienen una gran carga insatisfactoria. De aquí la potencia de la droga como objeto, puesto que al toxicómano se le presenta como el objeto que colma y satisface su necesidad de calmar la insatisfacción, ya que dicho objeto no pasa necesariamente por la significación fálica en tanto como goce.

Algunos psicoanalistas señalan que la adicción a las drogas recrea de alguna manera la escena de complitud del niño identificado al pecho materno. El sujeto tratará de aproximarse por muchas vías intentado reencontrar aquella primera satisfacción.

El objeto droga provoca aquel “sentimiento oceánico” del que habla Freud y de alguna manera esa es su potencia, puesto que reenvía a esa escena idílica, es el objeto que obtura toda falta. Es por esto que el toxicómano sale del vínculo con los otros, no necesita nada más.

La pérdida del objeto es ineludible para vivir en comunidad, el toxicómano no está dispuesto a renunciar a esa satisfacción primera para socializarse, cuando se renuncia, se pierde, se gana acceso a la palabra, al deseo. Por eso podemos hablar de lo que nos falta y de lo que deseamos.

El toxicómano dice no a la insatisfacción inherente a la condición humana, necesaria para el vínculo social. Por eso el toxicómano se aparta del vínculo social por excelencia, la palabra, y su experiencia es una experiencia silenciosa, solitaria, imposible de nombrar, porque está con su objeto. El toxicómano no puede dar un sentido a la droga: sus palabras, como portadoras de su verdad, han sido sustituidas por el tóxico, y no dice nada que pueda connotar algo sobre el goce que experimenta, o sobre sí mismo, algo en él queda por fuera del lenguaje.

La primera de las indicaciones dadas por Lacan respecto a la toxicomanía en 1958, en “Los complejos familiares”, brinda el marco: La abstinencia sobre el fondo de una “toxicomanía por la boca” como efecto de un traumatismo psíquico.

El sujeto tiende a reconstruir el goce perdido. Es una búsqueda que tiende a la “asimilación perfecta de la totalidad del ser”. El acento está puesto en la respuesta del sujeto frente a la experiencia de separación, de la división, que la abstinencia inscribe en la existencia.

Nuevamente en “Acerca de la causalidad psíquica” de 1946, surge la separación. Frente a la “discordancia primordial entre el yo y el ser, hay tentativas ilusorias de resolución”. Y la intoxicación orgánica es tomada como ejemplo de estas tentativas.

La intoxicación, en todas sus formas, es una respuesta no sintomática que intenta anular la división; es la marca de una posición subjetiva caracterizada por un no querer saber nada del inconsciente. Se trata de una elección: Entre la afánisis y el significante, el sujeto opta por la primera.

Como la droga permite romper el casamiento del cuerpo con él hace-pipi, el toxicómano escapa al aforismo Lacaniano de que no hay relación sexual y niega, en su actuar, el impase, el mal entendido, que implica el encuentro con el otro sexo, escapa a la trayectoria que implica el pasaje por el Otro. El toxicómano tiene una certeza que no necesariamente es la del psicótico y esta es, que la droga provee un goce. La droga es un objeto con el que se goza y no fálicamente.

El objeto droga en la toxicomanía permite al sujeto el encuentro con un goce mortífero, acceder a ese goce puro, a secas no por la tramitación regular de la estructura neurótica ni por el falo o a través del fantasma, sino que prescinde de ellos. La droga como un objeto es para el hombre sobre todo una solución. Una solución a la angustia del deseo del Otro. Pocos de los llamados toxicómanos pueden dejar esta solución, pues es lo suficientemente eficaz. Es una solución que sutura la división subjetiva y restituye la unidad del sujeto.

Con mucha frecuencia, trata el síntoma y lo hacer callar cuando éste comienza a mostrarse y a hacer sufrir. En ello, impide la formación del síntoma analítico y su desciframiento, ya que generalmente el consumo de drogas en la neurosis no es un síntoma freudiano.

“Nada en la droga, nos introduce a otra cosa que un modo de ruptura con el goce fálico. No es una formación de compromiso, sino una formación de ruptura.” (Laurent, Tres observaciones sobre la toxicomanía 1994, p.16). Y en este sentido es ruptura con lo particular del fantasma. Se trata que el toxicómano está definido por su práctica y se autodenomina en el “yo soy toxicómano” para escapar a la función fálica, borrando la diferencia sexual, y que le permite un hacer con el malestar en la cultura. Decir que no es un sujeto es decir que no está dentro de las leyes del significante, sujeto a las leyes del inconsciente y por tanto del deseo, el toxicómano ha pagado un precio muy alto y ese es su subjetividad.

En este sentido, la toxicomanía es planteada en el Seminario “El Otro que no existe y sus comités de ética”, como una nueva forma del síntoma, ya que define al sujeto por una práctica y no por su síntoma. El toxicómano además borra cualquier tipo de responsabilidad como sujeto, no se permite la idea de una cierta elección. Se hace tal o cual cosa y se justifica diciendo que es culpa de la droga.

Entonces esta viene a funcionar como objeto que permite vestir, enmascarar, es decir que taponar la falta que le es insoportable. Tiene que gozar, no puede desprenderse de ese Súper-yo feroz, que imperativamente manda a gozar de ese objeto en específico, por tanto las adicciones van en el sentido contrario al camino del deseo. Ese goce aplastante, desproporcionado, irremplazable, que proporcionan las drogas, es subsidiario de la pulsión de muerte.

Se trata de la extinción del deseo, por la ilusión del sujeto de haber encontrado su objeto, lo que detiene su condición de deseante. Ciertamente el objeto droga dispara al toxicómano al paraíso, pero como no todo es posible, luego de un tiempo aquella solución empieza a flaquear: ahí donde tenía éxito, ahora fracasa. Se vuelve siniestra como diría Freud, y empieza a causar problemas o bien son los efectos secundarios, la dependencia, el síndrome de abstinencia, la exclusión familiar o social, el encarcelamiento, los hospitales. Es a partir de estas causas que dirigen su demanda de atención y tratamiento.

## CAPITULO II

### Metodología

El desarrollo metodológico de este escrito se elabora en base al método clínico con referencia al Psicoanálisis, aunque sabemos que el método psicoanalítico no es verificable, pero si forma parte de una investigación.

Lacan (2005) define al psicoanálisis como método de investigación: “(...) (p.721) ese método que procede al desciframiento de los significantes”. Lo cual nos permite su uso para efectuar este trabajo, ya que se hace uso de tal referencia.

Del mismo modo que Freud (Sobre El Psicoanálisis, 1980) expondrá:

"El psicoanálisis es una notable combinación, pues comprende no sólo un método de investigación de las neurosis sino también un método de tratamiento basado en la etiología así descubierta. Puedo comenzar diciendo que el psicoanálisis no es hijo de la especulación sino el resultado de la experiencia; y por esa razón, como todo nuevo producto de la ciencia, está inconcluso. A cualquiera le es dado convencerse por sí mismo, mediante sus propias indagaciones, de la corrección de las tesis en él incorporadas, y contribuir al ulterior desarrollo de los estudios" (p. 211).

De manera que para Freud, detallando un método de descripción, agrupación, ordenamiento y relación de fenómenos, siendo lo central la producción teórica de su práctica clínica, es decir, su manera de investigar y darle a esa investigación un carácter serio o científico.

"El Método Clínico se puede definir como el conjunto de procedimientos, ordenados sistemáticamente, que se apliquen en forma intensiva y exhaustiva para llegar al conocimiento y descripción del ser humano. Con dicho conocimiento se pueden generar afirmaciones pronosticas aplicables en ciertas y específicas condiciones de investigación, evaluación, diagnóstico e intervención." (Díaz Sanjuán, 2010)

Es de conocimiento que el método clínico procede del ámbito médico pero también se inscribe dentro de psicología desde un punto de vista diferente ya que los fundamentos psicológicos del cual procede la psicología clínica según sus aspecto teórico y conceptual suponen: una actividad, un saber y un lugar como se efectúan en la medicina pero con encuadres distintos. (Díaz Sanjuán, 2010).

En la medicina solo supone que el saber médico efectúa la atención del enfermo ante su cama a través de los aparatos o métodos de laboratorio.

En su artículo "La era del hombre sin atributos", Jacques Alain Miller (2005) señala que el discurso del hospital, es decir, el discurso del modelo médico, intenta instaurar un mecanismo con el cual el medico ejerce un saber objetivo que desubjetiviza al paciente, reduciéndolo a un objeto de investigación, diagnóstico y tratamiento.

En cambio dentro de la Psicología Clínica se retiene la medicina tomando como referencia el párrafo "La Psicología y La teoría Psicoanalítica", (N. Braunstein, 2003) donde se señala que el Psicólogo trabaja con la palabra del sujeto desde un lugar donde permanece en silencio ya que responder alguna demanda significaría suprimir la posibilidad que el sujeto produzca algo acerca de su malestar. En lo que se apuntará a la singularidad de cada sujeto en función a su síntoma.

De modo que este método permite que el paciente se exprese de modo amplio, el profesional usa dicha información de manera individual, es decir sujeto a sujeto (caso a caso), debido a que es allá a donde apunta la aplicación de este método Clínico. Ya que "La clínica se refiere al estudio de los enfermos, no al estudio de la enfermedad." (Dupuy, F. I., & Rivera, L. R. 2010).

Por ende si concebimos al ser humano como un ente PsicoBioSocial y por medio la observación, que se ha aprendido del marco teórico psicológico con en foque psicoanalítico, se obtiene un trabajo clínico que se realiza solo con el sujeto que padece un determinado malestar, en la cual el Psicólogo como tal mediante el conjunto de procedimientos ordenados sistematizados, que se aplican en forma intensiva y exhaustiva de manera implícita, establecen una forma de entender y conceptualizar el comportamiento humano y así llegar al conocimiento y descripción, como se presenta el método clínico para lograr generar "estudio, desarrollo, investigación, diagnóstico y evaluación" (Díaz Sanjuán, 2010) de casos

### **Diseño De La Investigación**

**Tipo de Investigación: Aplicada.** Este tipo de investigación, también se la conoce con el nombre de práctica o empírica, la cual se ajusta a nuestro trabajo de investigación porque se realizó en base a conocimientos alcanzados en prácticas clínicas que se obtuvieron durante las pasantía en el hospital ya que dicho método de investigación se caracteriza por que permite la aplicación y utilización de los conocimientos pertinentes y que son de entendimiento de los pasantes.

Podemos decir que lo empírico es lo que cotidianamente se observa en la sociedad, y que requiere de un marco teórico para que se pueda elaborar o producir un nuevo conocimiento o confirmar una u otra teoría. González F. en “investigación Cualitativa y Subjetiva” (2006) plantea que “lo empírico representa el momento en que la teoría se confronta con la realidad.” (p. 132), de tal manera que el autor nos deja claro que lo empírico va de la mano con la teoría, "Son inseparables", pues lo empírico representa una visibilidad de lo teórico.

“El significado que van teniendo los elementos empíricos que aparecen en la marcha de la investigación, es posible solo desde el modelo teórico que permite abarcarlos en sus consecuencias explícitas e implícitas para la comprensión del problema investigado (...)” (González, F. 2006, p. 132)

Por tal razón que el investigador tiene la responsabilidad para que dichos aspectos empíricos pasen por introspección minucioso de la teoría ya que de esto no solo depende el destino de la información producida sino que también de este depende el diseño de nuevos instrumentos ante

las hipótesis que el profesional va elaborando frente a las constantes tensiones que se presentan entre el desarrollo del modelo teórico y las informaciones procedentes del momento empírico.

La investigación aplicada requiere de un marco teórico donde se hace referencia y se retoma experiencias de autores, ya que lo que nos interesa saber de este escrito es primordialmente las consecuencias de nuestro objeto de estudio durante nuestras prácticas. “La investigación aplicada se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica, que requiere de un marco teórico. En la investigación aplicada o empírica, lo que le interesa al investigador, primordialmente, son las consecuencias prácticas.” (Marín Villada, 2008).

Por tal motivo, la producción teórica en la que se sustentará esta investigación es de corriente psicoanalítica, en el cual se pensó desde un marco teórico freudiano- lacaniano, ya que aporta innegable clarificaciones en a la satisfacción, goce y deseo.

Además, se hace la aclaración de que esta investigación se regirá bajo el principio “constructivo - interpretativo”, que tiene que ver con la realidad de los sujetos participantes se realizará una interpretación que permita analizar la significación de la toxicomanía en pacientes oncológicos. Ya que el acontecimiento, que debe ser encarnado, es del cuerpo (definición de *sinthoma*).

Este tipo de investigación aplicada suele ser usada para temas de los cuales se benefician las áreas sociales. En el desarrollo de este trabajo se utiliza la investigación aplicada, puesto que se pone en juego la práctica del conocimiento que ha sido alcanzado a lo largo de nuestra carrera. No solo durante los 4 años de aprendizaje universitario, sino también durante el aprendizaje

obtenido a lo largo del año de pasantías que se cumple como requisito previo a la obtención del título profesional en la rama de Psicología Clínica.

El trabajo que se realiza no solo se basa en la teoría, sino que también se articula la aplicación de las teorías aprendidas previamente en las prácticas para la aplicación de métodos de trabajos clínicos dentro de la institución hospitalaria S.O.L.C.A., donde se desarrolla el trabajo con paciente oncológico mediante un dispositivo de trabajo propuesto por el departamento de psicología de la institución.

**Modelo:** Cuando nos referimos a una producción teórica en la cual nuestra investigación se basa, estamos refiriendo que la investigación se segmenta de un modelo teórico que representa la significación estandarizada.

Del rumbo del modelo teórico en construcción, que es un modelo procesual, inseparable de las reflexiones y las construcciones del investigador, va a depender no solo el destino de la información producida, sino el diseño de nuevos instrumentos ante la hipótesis que el investigador va elaborando frente a las constantes tensiones que se presentan entre el desarrollo del modelo teórico y las informaciones procedentes del momento empírico”  
(González F. 2006, p. 133)

Citado esto consideramos pertinente que nuestra investigación se centre en una postura psicoanalítica, explícitamente encaminada a lo que está relacionado con el goce del toxicómano; ya que esta nos ofrece las bases teóricas para la realización del análisis de las toxicomanías en sujetos que han estado en la experiencia del consumo, y que se encuentran internados en el

hospital Solca, mediante categorías de análisis que consideramos pertinentes establecerlas a medida que se van realizando la recolección de la información, de lo que nos ofrece el paciente con su discurso, con el objetivo de elaborar los aspectos subjetivos que se manejan respecto a lo significativo de su experiencia en las toxicomanías, que nos permita identificar sentido subjetivos en sus expresiones (dichos) y aspectos adyacentes que son valiosos para nuestro campo de estudio, es decir los datos se analizaron desde el punto de vista descriptivo y analítico.

Para constatar nuestra investigación se utilizará el método biográfico, la cual nos “permite conocer realidades sociales desde los propios actores individuales, a partir de la narración que hacen de ella”. (Cornejo 2006, p 104), mediante la técnica de relatos de vida. A lo que refiere esta técnica tienen que ver con “la narración o el relato –escrito u oral- que una persona realiza de su vida o fragmentos de esta.” Legrand (1993, citado por Cornejo (2006), p. 104)

**Población.** En el caso de la propuesta de nuestro trabajo de investigación, se realizó el estudio de la población con la cual se desarrolla este trabajo son los pacientes oncológicos internados en S.O.L.C.A (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer), quienes por un diagnóstico medicado dado con anterioridad.

Los cuales el área de Psicología se encarga de atender individualmente a los pacientes y familiares que llegan derivados por los distintos departamentos del hospital.

Dichos departamentos se ubican en diferentes pisos:

En la planta baja se ubica el área de cuidados paliativos, donde los pacientes reciben medicación y distintos tratamientos para el dolor. En este piso también se encuentran las áreas de

radioterapia, emergencia y quimioterapia ambulatoria. En el primer piso se encuentra ubicada el área de cirugía; aquí los pacientes serán o ya han sido intervenidos quirúrgicamente.

En el segundo piso está ubicada el área de pediatría, exclusiva para niños y adolescentes hasta los dieciséis años de edad. Por último, donde nuestro trabajo se realizó con pacientes ubicados en el área de hospitalización de adultos (tercer piso) donde se encuentran los pacientes que permanecen internados para recibir quimioterapia.

Esta población son los sujetos del proceso de investigación, quienes tienen una experiencia empírica que es significativa. En el que el investigador mediante el sustento teórico, confronta esa realidad para realizar un tejido de información que posteriormente será analizada. Según Cornejo (2006) el sujeto participante “es productor de historias, ya que a partir de procesos conscientes e inconscientes, realiza una reconstrucción de su pasado intentando otorgarle cierto sentido”. (p. 104)

## **Técnicas**

**La Entrevista.** Las entrevistas son un modo de recolección de datos para una investigación partiendo de la orientación teórica en que esta se apoye, en nuestro caso trabajamos con orientación Psicoanalítica con la debida supervisión de nuestro director de prácticas.

En dicha técnica un Entrevistador realiza preguntas con el objetivo de que puedan darle en si información de interés, que sirva como fuente de información fiable para ser usada posteriormente en el trabajo que vaya efectuarse.

La indagación que hace el Entrevistador está dirigida a explorar la historia del sujeto en base a nuestro conocimiento teórico se aplique, para promover el relato para que el paciente pueda elaborar por medio de la palabra su malestar, puesto que no se sabe cuánto del síntoma le pertenece a él o cuanto de este le pertenece a la enfermedad pero en dicho síntoma están sumados efectos de la enfermedad y efectos de la economía del goce inconsciente, la cual se apropia de toda condición con tal de mejorar su economía.

Por esa misma razón (Franco, 2006) Sostiene en su tesis de investigación nos dice:

La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas. Nadie mejor que la misma persona involucrada para hablarnos acerca de aquello que piensa y siente, de lo que ha experimentado o piensa hacer.” (Franco 2006)

Este tipo de entrevista es abierta es decir mediante la asociación libre que más adelante explicaremos de que se trata, en tal caso esta técnica nos ayudo para recolección de datos e información para la investigación.

El tipo de entrevista implementado para nosotros tiene como mayor objetivo sacar el mayor provecho de cada entrevista con los pacientes oncológicos puesto que las entrevistas que se ofrecen a los pacientes no suelen ser prolongadas.

Por esta razón el entrevistador trata de obtener mejor información de un modo eficaz en el poco tiempo que se tiene en la entrevista, esta pueda ser voluntaria o acordada por parte del

sujeto. Durante las entrevistas se busca acoger los dichos del sujeto; recoger algo de lo que le permita implicarse intente buscar una solución, o una manera de hacer o que considere necesario para sí mismo.

De modo que se trata de encontrar algo en los dichos del paciente que pueda verbalizar ya sea de su enfermedad, familia o de índole personal tal información o relato le sirve al paciente para poder apaciguar su dolor que al mismo tiempo nos ayuda en la recolección de datos e información que permitan elaborar trabajos de investigación como el cual se está desarrollando.

En el caso específico de nuestra propuesta de investigación, los instrumentos que consideramos ideales son las “relacionales”, siendo la comunicación, según Gonzales (2006) “la vía en el que los participantes de la investigación se convierten en sujetos de proceso, implicándose en el proceso investigado a partir de sus intereses, deseos y contradicciones” (p. 66).

Mediante entrevista clínica, ya que permite que el profesional sugiera temas de manera abierta para que el sujeto participante se apropie del deseo de construir su experiencia por medio de eventos significativos que le permita expresar libremente, lo que va brindando un tejido de la información.

Nuestras entrevistas clínicas se centraron en temáticas de:

- Hechos y conocimientos acerca de las toxicomanías.
- Opinión acerca las drogas.

- Experiencia de consumo
- Situaciones significativas durante su consumo.

Se visualiza la investigación mediante la técnica del estudio de caso, en el que se llevará a cabo entrevistas orientadas en la experiencia del consumo, como dicha experiencia le afectó en su vida y su tratamiento Oncológico; qué de esta experiencia le generó placer, analizando en este material discursivo del goce, el deseo, y la angustia, con lo cual se conforma el banco de datos de la recolección para posterior a esto, construir el análisis e investigación

Además, consideramos pertinente instrumentos escritos como: el complementario de frases, mediante inductores cortos en el que el sujeto participante debe complementar desde su significación, es decir responde a la intencionalidad del sujeto. “el complementario de frases, en su conjunto, representa un trecho de información que nos informa sobre sentidos subjetivos.”. (González 2006, p.84)

**Asociación Libre.** En el contexto hospitalario, los pacientes y familiares están familiarizados comúnmente con el tipo de entrevistas cerradas, es decir donde el personal médico formula preguntas relacionadas acerca de la enfermedad pero en el orden de lo biológico.

El médico se ubica desde la posición de autoridad, en cambio el profesional en psicología sale de ese rol, a lo que conlleva a no preguntar nada específico, sino darle espacio al sujeto para que hable sobre lo que el desee a lo que esta técnica se la conoce como asociación libre.

Partimos de la regla fundamental de Freud donde en la asociación libre (Laplanche & Pontalis, 2007), se le pide al paciente que comunique todo lo que se le vaya ocurriendo, en el mismo momento en que se le ocurre en su pensamiento; se le pide que no restrinja nada.

Del mismo modo que del lado del profesional: “(...) consiste simplemente en no intentar retener especialmente nada y acogerlo todo con una igual atención flotante” (Freud, Sobre La dinámica de Transferencia 1912, p.26), de manera como ya se ha mencionado anteriormente y se ampliará un poco más adelante se trabaja con la singularidad del paciente.

En donde el analista, conserva todo lo que el paciente le comunica en su discurso, sin hacer ninguna selección, evitando que pueda concluir las sesiones por influencia de su propio inconsciente. Su utilidad radica en que revela los aspectos no consientes, no reflexivos, más íntimos y menos influidos.

**Práctica de la palabra:** Dentro de nuestro trabajo es fundamental la práctica de palabra puesto que de eso nos servimos y es nuestra principal herramienta para abordar nuestra investigación y definir conceptos clínicos.

“El psicoanálisis es una práctica de la palabra” (Laurent É., 2007), esto quiere decir que el nuestro instrumento de trabajo es el discurso del sujeto.

Pues cuando el sujeto relata, es importante destacar las importancias de las palabras que utiliza cuando está dentro de las entrevistas como (Miller, 1993) menciona que hay que presentar al

sujeto su propio dicho es decir, la importancia está en lo que el sujeto dice y como lo dice, y no en lo que ocurrió concretamente.

Entonces una investigación científica que tenga en cuenta la subjetividad no va en contravía del psicoanálisis, ya que el sujeto "sobre el que operamos en psicoanálisis no puede ser sino el sujeto de la ciencia." (Lacan J. Escritos II, 2001, p. 837).

**Singularidad.** Dentro del hospital S.O.L.C.A los pacientes tienen algo en común: una enfermedad oncológica, así mismo los familiares de los pacientes también comparten algo entre sí: un familiar con cáncer. A pesar de esto, cada paciente vive la situación de forma distinta.

"El progreso de Freud, su descubrimiento, está en su manera de estudiar un caso en su singularidad. ¿Qué quiere decir estudiarlo en su singularidad? Quiere decir que esencialmente, para él, el interés, la esencia, el fundamento, la dimensión propia del análisis, es la reintegración por parte del sujeto de su historia hasta sus últimos límites sensibles, es decir hasta una dimensión que supera ampliamente los límites individuales. Lo que hemos hecho juntos, durante estos últimos años, es fundar, deducir, demostrar esto en mil puntos textuales de Freud" (Lacan, Jacques 1995, p. 26).

Es por eso que el estudio de caso desde Freud es la vía que utiliza el psicoanálisis para construirse y resignificarse como una disciplina; (Lacan, 1997) en variantes de la cultura propone:

Es que también el psicoanálisis es una práctica subordinada por vocación a lo más particular del sujeto, y cuando Freud pone en ello el acento hasta el punto de decir que la ciencia analítica debe volver a ponerse en tela de juicio en el análisis de cada caso (p334).

En nuestro estudio las sesiones no se direccionan hacia el tema de la enfermedad, sino más bien lo que se trata de trabajar con el sujeto es justamente de intentar salir de esa dinámica y para así poder trabajar con lo que la persona considere necesario, con aquello que realmente le está afectando o preocupando. "importante considerar todos los aspectos singulares que la persona menciona en su discurso" (Barredo, 2012).

### CAPITULO III

#### **Análisis y Comentarios de casos de toxicomanía atendidos en el hospital de Solca.**

**Análisis del caso clínico.** Los casos que se tratara a continuación, tiene relación con el tema tratado en este trabajo, el cual fue extraído de la prácticas pre-profesionales realizadas en el hospital de SOLCA, por los autores del trabajo de titulación. Los referidos casos han sido seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico, ya que poseen las características necesarias para dar ejemplo de lo propuesto.

Los casos expuestos en su totalidad se los puede encontrar en la biblioteca de la facultad, así como, en la institución hospitalaria referida. Cabe mencionar que se encuentran redactados de forma distinta, puesto que son casos que se tomaron de los trabajos de informes de prácticas. Para lectura de los caso es preciso definir que las intervenciones realizadas por los practicantes están subrayada para lograr distinguirlas del relato de los pacientes.

a) **Caso: C. H.** es paciente interno del tercer piso del hospital.

Está realizándose su tratamiento de quimioterapia, menciona tener cáncer linfático, se le ofrece el servicio el cual lo acepta con agrado.

*Primera entrevista:* “¿Cómo se siente? Gracias a Dios bien todos mis familiares me vienen a ver mi esposa, mis hijos mayores, tengo dos chicos y dos grandes.

¿Usted qué piensa? Yo creo que esto me paso por mucha droga que consumía en las calles por eso creo que esto es mi culpa por eso no me voy a suicidar ni a decir por qué esto me pasa a mi si yo sé que esto es por mi culpa”.

*Segunda entrevista:* “estoy optimista voy a salir de esta, yo estoy aquí por el ministerio de salud yo hice un convenio con ellos, que si me mantenía limpio fuera de drogas ellos me ayudaban para estar aquí en Solca tratando mi enfermedad. Yo me estuve quedando sordo desde octubre, yo estuve en la peni preso por comprar droga, cuando estuve allí hubo una matanza y no dejaban entrar a nadie yo me lavaba la boca con deja eso me hizo salir llagas en la boca por el deja y el cloro ese es mi diagnóstico de Solca”.

“¿Desde cuándo consume? Yo consumo desde los 14 años eso fue por seguir a mi papá yo consumía crack y cocaína cosas fuertes nada de marihuana cosas fuertes, yo viví en montañita fui bar tender 12 años, todo esto te lo cuento porque estudias esto nada más. Todo esto es porque todos los días vivía en fiesta, fiestas intensas”.

*Tercera entrevista:* en esta parte del trabajo con el señor C.H. se le pregunta más específicamente sobre su padre, con la finalidad de puntuar detalles importantes de su relato.

“Yo me fui siguiendo a mi padre a Colombia cuando tenía 14 años, mi papa fue a trabajar a Colombia en la Ford que allá no había ¿Tiene familia en Colombia? Si, bueno desde que mi papá se fue todos sus hermanos lo fueron siguiendo y por eso yo tengo muchos primos y familia que vive allá por eso yo viajo seguido y me quedo un buen tiempo voy y vengo ahora es que tengo 10 años de que no voy”.

“Cuando me fui siguiendo a papá yo en Colombia andaba con gente mucho mayor que yo, yo fui a Cali de 19 años y allí había droga en cantidades grandes no unos poquitos eran unas charolas llenas de coca, yo consumía coca, crack, morfina todos los días desde que me levantaba hasta que me iba a dormir, por eso es que los huesos de la cara los tengo consumidos hechos puro poros porque yo consumía muchísimo yo le enseñaba a la gente a drogarse aquí en Guayaquil así como la persona mala LA OVEJA NEGRA”, la oveja negra “si pues todo lo malo”.

“Yo viví mucho tiempo en montaña y allí si viví un mundo de ilusión”.....ilusión si porque uno vive drogado con gente que solo va y pasa por allí y nada mas solo pasan uno se queda yo hacía artesanías pulseras para sobrevivir yo nunca robe ni pedir dinero a la gente yo mismo me ganaba el dinero para mis hijos y para mi consumo. Gracias a Dios me llevo bien con mi ex-esposa, con la madre de mis hijos mayores nunca deje de darle dinero pero, como yo siempre vivía en fiesta y con mujeres ella se fue, ahora con mi otra mujer tengo dos hijos pequeños a los cuales los quiero y sé que voy a seguir y a salir de esto, porque yo mismo lo ocasione, con mi consumo exagerado, si me entiendes yo aquí en Guayaquil también vendía drogas y yo sé cómo cocinar un buen crack y pistola (base de cocaína) y eso vendía y consumía, por eso yo creo que me dio eso por ser la oveja negra.

**Comentarios:** En la historicidad del paciente hay un saber previo al cual el atribuye su condición actual, por el cual siente gran culpa, el mismo significante que se repite constantemente y no solo se menciona esa culpa atribuida a lo que le está sucediendo con su salud, sino también a lo que aconteció en la ciudad después de su experiencia en el exterior a lo que él lo denomino ENSEÑAR A LA GENTE A DROGARSE, haciendo que se atribuye el

semblante de la PERSONA MALA, LA OVEJA NEGRA, dejando abierto a la interpretación de que podría ser posible que él se considere la oveja negra de su centro social, sintiendo culpa por los actos cometidos. Por medio de su discurso se tiene constancia en la posición subjetiva en que esta el paciente, ya que tiene conciencia del problema, lo razona, lo entiende y sin embargo, no menciona ningún tipo de solución aparente ante esta problemática que lo aqueja.

- b) **Caso: M.H.** La paciente es familiar de la señora H que está ingresada en cirugía por un cáncer de colon del cual ya había sido operada en el momento que se entrevistó a la familia.

Inicia su relato hablando sobre lo que entiende de la enfermedad de su hermano y de lo que ha escuchado. “mi hermana tiene cáncer de colon y no entiendo por qué tiene cáncer si eso es hereditario y en la familia no hay nadie que tenga o haya muerto de cáncer, ella es la mayor de todos mis hermanos. El hijo de un tío mío un primo tiene un tumor desde pequeño claro que ahora tiene sus 20 y pico de años pero sigue con eso, parece que esta enfermedad está aquí con uno hasta cuando se lo lleva”.

Se le remarca el significante “se lo lleva”. “si ahorita estoy aquí haya que confiar en Dios y en la medicina que ha avanzado mucho en estos tiempos solo hay que confiar y creer; yo soy la menor de todo mis hermanos, y ella está aquí y eso me preocupa mucho y que no le puedan hacer el injerto y tengan que hacerle un dren”.

Después de este recorrido de la enfermedad de la hermana se le pide que relate un poco de su problemática, pidiéndole que hable sobre ella. “quiere que le cuente mi vida.....” “Yo

he pasado cosas muy difíciles.....” La paciente realiza grandes espacios de silencio antes de hablar sobre sí misma.

“Yo soy la hermana menor de todos mis hermanos yo me quede sola con mi papá y mi mamá, los cuidé hasta lo último, primero murió papá y después mamá esto me dejo muy destrozada muy mal, casi que solo me acompañaba la bebida, me sentía completamente sola trabajaba pero eso no me ayudaba mucho me ocupaba la mente pero después del trabajo lo que más me ayudaba a seguir era que podía contar con un trago al terminar el día, al principio lo hacía con mis amigas pero después lo hice sola, hasta que un día en uno de los lugares que solía frecuentar apareció una persona que tal vez se aprovechó de la situación, y de mi forma de actuar, al inicio compartíamos cosas como salir a tomar, ir a fiesta y estar juntos pero luego empezó a tratarme mal estuvo conmigo bien y luego me abandonó. Esto que hizo esta persona me puso muy mal tan mal, que si ya bebía demasiado lo hice aún más y más ya no quería vivir, luego empecé a consumir más cosa como dicen los hombre algo para “mejorarla vacila”, un día me perdí mucho y me quise suicidar pero no fui valiente para hacerlo me dio miedo soy una cobarde, sé que estuvo mal lo sé pero quería hacerlo lo deseaba pero no pude, hasta que llegó otra persona que me ayudó una amiga me ayudó a superarlo. Yo tengo una sobrina que le está pasando lo mismo que a mí”.

“Yo quisiera saber si la vida se encargó de darle una cucharada de su propia medicina a la persona que me hizo eso, pero no le deseo el mal solo quiero hacer que pague lo que me hizo, solo quiero saber que pagó todo lo que me hizo, la verdad es que no quiero volverlo a ver nunca más me pagó mal. Mi sobrina se metió con un hombre que le pagó mal, mi hermana me dijo que la ayudara a superarlo y yo la ayudo, como trato de ayudar a todos mis hermanos pero la verdad es que ni yo misma se si puedo porque ni yo estoy bien, con mi sobrina nos fuimos al extranjero

para que se olvide de ese hombre que le pagó mal por lo de mi hermana es que he vuelto al país, mi hermana que es como mi mamá que está aquí enferma en esta cama, después de mi amiga que me ayudó a superar a ese tipo y a salir del hueco donde estaba, mi hermana es mi apoyo siento que ella me ayuda a salir del “hueco de los vicios” porque quiero luchar por ella para que este mejor y se cure.

*Comentarios:* en la paciente hay una cuestión que no se había verbalizado en mucho tiempo que le ocasionaba algún tipo de angustia y que volvió a tener relevancia cuando su sobrina le ocurre algo parecido como ella mismo lo llamo, se distingue algunas formas que ella tiene para poder sobrellevar este real, que es el abandono de su pareja la cual consiste en ubicar en el lugar de esta falta al objeto tóxico, en dos momentos importantes que para ella le significaron una pérdida, es disfrute del goce auto-erótico la lleva a un intento al pasaje al acto que solamente se queda como un intento de matar al otro que está dentro de sí.

**Comentarios a partir de los casos citados.** Dentro de la descripción que realiza cada uno de los pacientes tratados en el hospital, se distingue una vinculación al goce auto-erótico, el cual como ya lo habíamos citado durante toda la estructuración del trabajo, es un goce que no implica la metaforización del otro, es decir que estos pacientes disfrutaban de su propio cuerpo y no del otro mediante la significación fálica. Claro está que ambos lo realizan de una manera diferente, porque cada uno tiene un objeto de goce distinto y al cual se vinculó por distintas razones y circunstancias.

También se logra distinguir como se vinculan al objeto anhelado, para poder recuperar ese estado de armonía primaria que se ha perdido. Parafraseando a (Saraspe, 2011): recordemos que

la función del toxico como tal, puede ser desempeñada por cualquier objeto, el mismo que puede cambiar, como se distingue en la paciente M.H., tomando en consideración que la ruptura con el goce fálico implica también la pérdida de la particularidad del goce. “El goce de la toxicomanía es un goce fuera del fantasma, adherido y móvil a la vez” (Salamone, 2011). Esta movilidad del goce en relación al objeto droga o toxico también se presenta en el caso del paciente C.H., su movilidad se centra en sustancias que son familiares pero a fin de cuentas resultan distintas por la experiencia que logra obtener de cada una de ellas.

Freud plantea que la sustancia en si no es lo tóxico, la toxicidad implica los niveles de contaminación en lo que se encuentre ese sujeto que consume la sustancia, para que comience a tener un efecto de veneno.

### **Análisis de los casos**

Para este análisis se han elegido dos caso que son relevantes para la investigación, ambos tienen que ver con el sujeto y su vinculación con el objeto tóxico.

- a) **Caso C.H.** en este caso en particular vemos que el encuentro del paciente con las drogas se hace una etapa previa a la segunda oleada pulsional, es decir previo o a inicios de la pubertad.

Esto reafirma, lo que manifestó (Lacan, 1975) en la clausura de las jornada de Estudio de los Carteles “No hay otra definición de la droga que esta: es lo que permite romper el casamiento con la cosita de hacer pipí”.

Este punto que teorizó Lacan, nos deja ver que el empuje hacia el tóxico es esa imposibilidad de hacer con la sexualidad, hallando en la función tóxica un modo de respuesta a ese real que lo invade.

“La operación toxicómana no requiere del cuerpo del Otro como metáfora del goce perdido y es correlativa de un rechazo mortal del inconsciente” (Tarrab, 2010). Esto quiere decir que el único goce al que puede acceder, es al que no está bajo la significación fálica, en la toxicomanía no se reduce a la combinatoria significante, ya que implica un goce no articulado como debería ser al paternaire, ni al Otro sexo, sino más bien al objeto que cumple la función tóxica, la cual intenta tapar la falta, que en este caso en particular tiene que ver con la cocaína y su consumo, crack y morfina.

“El matrimonio con el falo conlleva a la angustia como signo del deseo del Otro y que es de esa angustia de la que el toxicómano pretende huir con su hacer” (Saraspe, 2011).

La necesidad de la experiencia corta y vacía del consumo de la sustancia hace que el sujeto C.H. este en búsqueda de la función tóxica constantemente la misma que puede ser desempeñada por cualquier objeto. Dentro de su recorrido en el consumo, vemos que no tiene una sustancia específica de la cual él obtenga su satisfacción, la cual llene el vacío de la falta, es decir que este sujeto que está envuelto en la toxicomanía intenta llenar el vacío de la falta, la falta en ser con una experiencia vacía, la cual no siempre es con la misma sustancia, por motivo de la ruptura con el goce fálico, se le hace difícil poder mantener su goce auto-erótico en un solo objeto en específico, ya que al no ver significaciones fálicas y que este goce no pase por la metáfora del

Otro, no hay una fantasmática, que le sirva como respuesta solamente el goce como auto-erótico que se centra en el goce del propio cuerpo.

Es difícil definir al gran TOXICOMANO ya que, varía de sujeto a sujeto y en la particularidad de caso, como en este caso donde el consumo se ve mermado, por la aparición del cáncer linfático, siendo este un punto principal para la realización de este trabajo, es el hecho de cómo se articula este goce no fálico y que se centra en el propio cuerpo, sin la necesidad de la intervención del Otro, como ese que ubica en el lenguaje, a un goce que si bien es cierto no deja de satisfacerse en el propio cuerpo, como en la masturbación así como lo plantea Freud, si deja que intervenga el otro, siendo el goce que obtiene de esta situación más limitado, hasta cierto punto más regulado e incluso ya maneja una fantasmática la cual consiste en no querer morir.

En este punto salta a la pregunta cuál sería este goce que se articule, al goce de la toxicomanía, en el escrito de Freud “Más allá del Principio de placer”, plantea que existe goce en el sufrimiento, el cual en este caso ya no puede ser calmado por el tóxico debido al compromiso que hizo con el ministerio.

(Freud, Malestar en la Cultura, 1930).

Los más interesantes preventivos del sufrimiento son los que tratan de influir sobre nuestro propio organismo, pues en última instancia todo sufrimiento no es más que una sensación; solo existe en tanto lo sentimos, y únicamente lo sentimos en virtud de ciertas disposiciones de nuestro organismo. El más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir tal modificación, es el químico: la intoxicación.

El sufrimiento y el reconocimiento del Otro son las nuevas fuentes del goce del sujeto C.H., mismo que no ha dejado de lado la toxicomanía, siendo su fuente de abastecimiento, la institución donde trata su enfermedad, donde se le administra morfina en pequeñas cantidades para aplacar el dolor que genera cada sesión de quimioterapia. De este modo vemos que existe un cambio de goce y de objeto y porque no un cambio en la forma de gozar, que si bien no se aleja del todo del tóxico, deja de cierta forma ser un goce auto-erótico.

- b) **Caso M.H.** Cada caso clínico mantiene su particularidad, siendo este un caso clínico no podía ser de otra manera, la particularidad de este caso radica, en la forma como vincula el goce auto-erótico.

Existen dos hechos importantes que marcan la vida del paciente: una de estas es la pérdida de los padres y la segunda una decepción amorosa, siendo esta última la que empuja al consumo de otras sustancias, aparte de la que ya tenía un consumo constante.

En primera instancia, la pérdida de ambos padres genera el consumo de alcohol como respuesta a eso que se le hace imposible de soportar, podría considerarse que es una manera que presenta el sujeto para poder lidiar con el duelo. Freud plantea en el malestar en la cultura que la mejor manera de sobre-llevar la carga del sufrimiento que implica la vida, es por medio de la sustancia, siendo en este caso lo insoportable tener que lidiar con el duelo, quizás ante la necesidad de una respuesta al otro, evidentemente fantasmática, la paciente elige la ruptura con el goce fálico dejando de lado cualquier tipo de significación posible ante, la muerte de sus padres, por ende una no articulación del duelo, el cual cruza por la significación fálica, siendo la falta del otro la que genera esta falta en la existencia, la que posteriormente es sustituida por el objeto

droga y su función, la que consiste en anular al sujeto del inconsciente, para de alguna forma evitar ese encuentro con lo real que le resulta tortuoso.

El hecho de encontrar a otro sumergido de igual manera en su modo de goce hace que, su modo de consumo cambie de uno basado en el hecho de su existencia a un consumo, como creador de lazo social, para mala fortuna de este sujeto esta forma de sostenerse pierde sentido al momento en que desaparece, este otro que se había cruzado en su vida haciendo que otra vez recurra a la toxicomanía como modo de respuesta “la toxicomanía es un uso del goce fuera del fantasma” (Laurent, Tres Observaciones sobre la Toxicomanía, 1994).

En esta circunstancia la ruptura con el goce fálico es más notoria, debido a que el alcohol como sustancia que invita al goce en el propio cuerpo ya no le es suficiente para aliviar el malestar que le genera la pérdida, llevando su consumo a otra sustancia.

Es en este punto que la enfermedad de la hermana le sirve de base para cambiar la manera de gozar, ya que se vincula tanto al goce de la enfermedad del otro, haciendo el sufrimiento propio, es decir que vuelve a operar la función fálica y las significaciones, haciendo que el goce sea tramitado por el otro.

## CONCLUSIONES

Durante el desarrollo del trabajo, en el cual se abarco todos los punto que se tomaron a consideraron para desarrollarlos, se ha logrado dar cuenta de cómo se desempeña la toxicomanía y que implica la misma, analizar esta temática mediante la teoría estudiada durante lo largo de la carrera, teoría psicoanalítica cumpliendo los objetivos propuestos, tales como el análisis de objeto droga y la función que desempeña en la economía del goce, dando una salida a temáticas que generan malestar y angustia, también la manera como este goce autista y auto-erótico se modifica por un goce no tan lleno de placer y que involucra al otro, que tramita este goce por medio de la significación fálica, obteniendo una regulación en la forma de gozar.

El uso de la sustancia como ese objeto que se ubica en la falta, para intentar recuperar el objeto perdido, el anhelo y como modo de respuesta a ciertas vicisitudes que involucra la vida como tal. Para conseguir el éxito de los objetivos propuesto se utilizaron dos casos clínicos que se encontraron durante la práctica que fueron de fundamental apoyo para poder ubicar, como se articula el goce de la toxicomanía con el goce de la enfermedad, siendo en ambos caso aceptable aunque en uno de ellos en particular, si bien es cierto hubo un cambio en la manera de gozar no se dio por concluida la relación con la sustancia, aunque ahora este goce este de cierta forma regulado y pasado bajo la significación fálica, por qué se afirma que está bajo la significación fálica, es porque al paciente se le sigue administrando morfina, sustancia que ya es conocida por el nivel orgánico, con el significante de medicina. Tomado este último punto como referencia

también se logró establecer hasta qué punto una sustancia puede ser considerada como medicina y en qué punto se transforma en veneno.

Como último punto a considerar, la toxicomanía como tal no es una estructura y mucho menos es un síntoma, es más bien una función, la cual realiza una ruptura con el falo y que existe parámetros a considerar previo a un sujeto toxicómano

### Bibliografía

- (30 de Abril de 2013). Obtenido de Ley de Educación Superior: file:///C:/Users/Brigit/Downloads/RPC-SE-04-No.020-2013-ANEXOS.pdf
- Autoevaluación, P. d. (2014). *Proceso de Autoevaluación*. Obtenido de [http://www.uazuay.edu.ec/autoevaluacion2012/documentos/sistema\\_educacion.pdf](http://www.uazuay.edu.ec/autoevaluacion2012/documentos/sistema_educacion.pdf)
- Barredo, C. (2012). *Propuesta de Atención psicológica a madres del área de pediatría de SOLCA*. Guayaquil.
- Brausntein, N. (2003). La psicología y la teoría psicoanalítica. En B. N., *La psicología y la teoría psicoanalítica* (págs. 47-61). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cancer, S. d. (2014). *SOLCA*. Obtenido de <http://www.solca.med.ec/>
- Colaboradores, F. N. (2006). Introducción a la Clínica con Toxicomanías y Alcoholismo. En C. Fabian Naparstek, *Introducción a la Clínica con Toxicomanías y Alcoholismo* (Capítulos I y II). Buenos Aires - Argentina: Grama.
- Cornejo, M. (2006). El enfoque biográfico: trayectorias, desarrollos teóricos y perspectivas. En M. Cornejo, *El enfoque biográfico: trayectorias, desarrollos teóricos y perspectivas*. Santiago: Psykhe.
- Diaz, S. (Agosto de 2010). *Procedimiento y proceso del Método Clínico*. Obtenido de Procedimiento y proceso del Método Clínico: <http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Materiales%20de%20apoyo/Procedimiento%20y%20Proceso%20del%20M+-%C2%AEtodo%20Cl+%C2%A1nico%20-%20Lidia%20D+%C2%A1az%20Sanju+%C3%ADn%20-%20TAD%20-%203-%C2%A6%20Sem.pdf>
- Ecuador, C. d. (29 de abril de 2014). *Ley Organica de Educacion Superior*. Obtenido de CES: <http://www.ces.gob.ec/descargas/ley-organica-de-educacion-superior>
- Escohotado, A. (23 de Mayo de 1988). *El País*. Obtenido de Carta a la Madre de un Toxicómano: <http://www.escohotado.com/articles/cartaalamadredeuntoxicomano.htm>
- Escohotado, A. (2007). *Historia General de Las Drogas*. Edición Digital.
- Estupefacientes, J. I. (2013). *JIFA*. Obtenido de [http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/Spanish/AR\\_2013\\_S.pdf](http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/Spanish/AR_2013_S.pdf)
- Franco, Y. (Junio de 2006). Obtenido de <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/entrevistas.html>.
- Freud, S. (1905). El Chiste y su relación con lo inconsciente. En S. Freud, *El Chiste y su relación con lo inconsciente* (pág. 122). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En S. Freud, *Sobre la dinámica de la transferencia* (Vol. XII, pág. 26). Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (1930). Malestar en la Cultura. En S. Freud, *Malestar en la Cultura*. Amorrortu.
- Freud, S. (1930). Malestar en la Cultura. En S. Freud, *Malestar en la Cultura*. Biblioteca Plural.
- Freud, S. (1980). Tomo XII. En S. Freud, *Sobre Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freudiano, P. d. (1998). *Phamakón*. 6/7.
- González, F. (2006). Investigación cualitativa y subjetividad. En F. González, *Investigación cualitativa y subjetividad*. Guatemala: Oficinas de derechos Humanos del Arzobispado.
- Guayaquil, U. C. (abril de 30 de 2014). *Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de la Educación*. Obtenido de Carrera de Psicología Clínica - Área de Investigación:  
[http://www2.ucsg.edu.ec/filosofia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=96&Itemid=62](http://www2.ucsg.edu.ec/filosofia/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=62)
- Guayaquil, U. C. (30 de Abril de 2014). *La Universidad*. Obtenido de Misión, Visión y Objetivos:  
[http://www2.ucsg.edu.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=796](http://www2.ucsg.edu.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=796)
- Jaques, L. (1995). Seminario 1. En Freud, *Los Escritos técnico de Freud* (pág. 26). Buenos Aires: Paidós .
- JIFE. (2014). *Informe de La Junta Internacional de fiscalización de Estupefacientes correspondientes a 2013*. Naciones Unidas, Junta Internacional de fiscalización de Estupefacientes. New York: ONU. Recuperado el 30 de marzo de 2014
- Lacan, J. (1958). Escritos II. En J. Lacan, *Juventud de Gide, o la letra y el deseo* (pág. 721). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1975). Sesión de Clausura de las Jornadas de Estudios de los Carteles en la Escuela Freudiana de París. *Indedito*. Paris, Francia.
- Lacan, J. (1995). Seminario 1. En J. Lacan, *Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1997). Escritos I. En J. Lacan, *Variantes de la cura tipo*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1999). *Psicoanálisis y Medicina en Intervenciones y Textos I*. Buenos Aires: Textos Manantial.
- Lacan, J. (2001). Escritos II. En J. Lacan, *La ciencia y la verdad* (pág. 837). México: Siglo XXI.
- Laplanche J., P. J. (2007). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (1994). Tres Observaciones sobre la Toxicomanía. *Sujeto Goce y Modernidad II*.
- Laurent, E. (2007). Principios rectores del acto psicoanalítico. *Bitácora Lacaniana No 2*.

- Luis Rodríguez Rivera, F. I. (2010). *Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Cuba*. Obtenido de El método Clínico: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098002.pdf>
- Miller, J.-A. (1993). Para una investigación sobre el Goce autoerotico, en sujeto, Goce y Modernidad..
- Miller, J.-A. (2005). La era del hombre sin atributos. *Freudiana No. 45*, 7-41.
- Naparstek, F. (1999). *Introduccion a la Clinica con Toxicomania y Alchokolismo*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones .
- OMS. (1955). Organizacion Mundial de la Salud. *Serie de Informes Técnicos(116 y 117)*. Ginebra: ONU.
- OMS. (1964). *Organizacion Mundial de La Salud*. Recuperado el 30 de Abril de 20114, de Serie de Informes Tecnicos: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_273\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_273_spa.pdf)
- Salamone, L. D. (20 de abril de 2011). El toxicomano y El goce cinico. 20-23.
- Saraspe, G. (2011). Toxicomania Funcion toxica.
- Tarrab, M. (2010). Una experiencia vacia. 23.
- Villada, M. (7 de Marzo de 2008). Obtenido de <http://metinvestigacion.wordpress.com/>