



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

TEMA:

**La recaída del consumo toxicómano en pacientes de la clínica de
rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”: Análisis de sus causas.**

AUTORES:

Santillán Sánchez, Sheyla Micaela

Valarezo Rezabala, Fulton Erick

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciados en
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTOR:

Psi.Cl. De la Rosa García, José Miguel

Guayaquil, Ecuador

06 de febrero del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Santillán Sánchez, Sheyla Micaela; Valarezo Rezabala, Fulton Erick** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**.

TUTOR

JOSE MIGUEL DE LA ROSA GARCIA

Firmado digitalmente por JOSE
MIGUEL DE LA ROSA GARCIA
Fecha: 2023.01.23 16:26:56
-05'00'

f. _____

Psic.Cl. De la Rosa García, José Miguel

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 06 del mes de febrero del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Santillán Sánchez, Sheyla Micaela**
Valarezo Rezabala, Fulton Erick

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **La recaída del consumo toxicómano en pacientes de la clínica de rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”**: Análisis de sus causas previo a la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 06 del mes de febrero del año 2023

LOS AUTORES:

f.

Santillán Sánchez, Sheyla Micaela

f.

Valarezo Rezabala, Fulton Erick



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Santillán Sánchez, Sheyla Micaela**
Valarezo Rezabala, Fulton Erick

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La recaída del consumo toxicómano en pacientes de la clínica de rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”:** **Análisis de sus causas**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 06 del mes de febrero del año 2023

LOS AUTORES:

f. 

Santillán Sánchez, Sheyla Micaela

f. 

Valarezo Rezabala, Fulton Erick



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS URKUND

Document Information

Analyzed document	La recaída en el consumo toxicómano en pacientes de la Clínica de Rehabilitación "Un nuevo amanecer" Análisis de sus causas.docx (D156576261)
Submitted	2023-01-22 05:48:00
Submitted by	
Submitter email	fulton.valarezo@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	1%
Analysis address	jose.delarosa.ucsg@analysis.orkund.com

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

La recaída en el consumo toxicómano en pacientes de la Clínica de Rehabilitación "Un Nuevo Amanecer": Análisis de sus causas

LOS AUTORES:

Santillán Sánchez, Sheyla Micaela

Valarezo Rezabala, Fulton Erick

INFORME ELABORADO POR:

TUTOR

JOSE MIGUEL DE LA ROSA GARCÍA
f. LA ROSA GARCÍA
Psi.Cl. De la Rosa García, José Miguel

Firmado digitalmente por JOSE
MIGUEL DE LA ROSA GARCIA
Fecha: 2023.01.23 16:26:56
-05'00'

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a la vida por permitirme seguir aquí y poder culminar esta etapa profesional, a mis maestros por toda su entrega y enseñanza en mis años como estudiante, a mis tutores tanto de prácticas y de tesis que me guiaron con sabiduría y cariño y por último a mi compañero de tesis por su entrega en nuestra investigación.

Sheyla Micaela Santillán Sánchez

Quiero agradecer a mi mamá y a mi papá, por todo su esfuerzo, por todo su sacrificio, por su apoyo y todo ese amor incondicional que he recibido por parte de ustedes a lo largo de todo este camino de aprendizaje que me permita construir mi futuro. Gracias por nunca dejarme solo cuando muchos obstáculos se me presentaron en el camino y creía que no lo podía hacer. Infinitas gracias.

A mi hermana Romina, que ha estado siempre para mí apoyándome en todo lo que he necesitado a lo largo de mi carrera.

Agradezco a mi tutor Miguel, por ser esa guía fundamental para Sheyla y a mí en este proceso de investigación. Gracias por los textos que con mucho aprecio nos brindó y nos sirvieron demasiado para complementar más de lo investigado en nuestra tesis.

A mi querida Sheyla, mi amiga y mi compañera de tesis por enseñarme lo que realizas en tus prácticas con este trabajo de investigación que hemos realizado.

A cada uno de mis docentes, que hasta en tiempos difíciles de la pandemia nunca dejaron de ser docentes y con todo su esfuerzo llevaron sus conocimientos a nuestras casas, convirtiendo nuestros espacios de hogar en nuestra aula de clase. Mis respetos y admiración para todos ustedes.

Agradezco a mis amistades de ciclo que han estado siempre conmigo. Finalmente, como lo dice mi cantante favorita Mercedes Sosa ¡Gracias a la vida!, por permitirme estar junto con los míos y con ustedes. Muchas Gracias.

Fulton Erick Valarezo Rezabala

DEDICATORIA

A mi familia por brindarme su apoyo en todos estos años, a Dios por todas las cosas buenas y extraordinarias, a mis amigos que me motivaron y me dieron muchos ánimos, pero en especial a mí mismo porque a pesar de los obstáculos supe seguir adelante con una sonrisa y brillar como un solcito.

Sheyla Micaela Santillán Sánchez

A mi mamá, a mi papá a mi hermana, por todos los tiempos difíciles que pasamos debido a los sacrificios económicos de mi educación universitaria para llegar a la meta.

A la vida, al destino, al tiempo, que pusieron miles de obstáculos y gracias a eso pude superarlos, aprender de ellos y seguir adelante.

Mamita querida, papito querido, mi yilita, una vez más este trabajo va para ustedes.

Fulton Erick Valarezo Rezabala



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. CL. RODOLFO FRANCISCO, ROJAS BETANCOURD, MGS.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. CL. CARLOTA CAROLINA, ÁLVARES CHACA, MGS.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CL. JUAN PABLO, BITAR CABEZAS, MGS.
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
Capítulo 1: La recaída del consumo toxicómano	5
1.1 Consumo toxicómano	5
1.2 Perspectiva freudiana	6
1.3 La toxicomanía según Lacan	7
1.4 Diferencias de otros tipos de consumo	8
1.4.1 Consumo experimental.....	8
1.4.2 Consumo habitual	9
1.4.3 Consumo drogodependiente	9
1.5 El cuerpo Intoxicado.....	9
1.6 El goce toxicómano	11
1.7 La recaída del consumo toxicómano	14
1.7.1 La producción de la adicción	14
1.7.2 La ruptura del sujeto simbólico.....	16
1.7.3 La relación perverso-toxicómano	17
1.7.4 La droga como recurso globalizado	19
Capítulo 2: El tratamiento.....	22
2.1 El abordaje clásico de los 12 pasos	22
2.2 Proceso Administrativo de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”	24
2.2.1 Proceso de admisión	24

2.2.2	<i>Ingreso voluntario</i>	24
2.2.3	<i>Ingreso involuntario</i>	25
2.2.4	<i>Proceso del paciente</i>	25
2.2.5	<i>Formulación de la carpeta</i>	25
2.3	Proceso terapéutico de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”	26
2.3.1	<i>Terapia psicológica individual</i>	26
2.3.2	<i>Terapia psicológica grupal</i>	26
2.3.3	<i>Terapia psicológica familiar</i>	26
2.3.4	<i>Terapia ocupacional</i>	27
2.3.5	<i>Terapia vivencial</i>	27
2.4	El abordaje clínico con orientación psicoanalítico	27
Capítulo 3: Causas		32
3.1	Causas de la recaída del consumo toxicómano	32
3.1.1	<i>Aportes freudianos sobre la recaída del consumo toxicómano</i>	32
3.1.1.1	Afecciones emocionales como causa del consumo toxicómano 32	
3.1.1.2	Disfunciones o insatisfacciones sexuales como causa del consumo y recaída	33
3.1.2	<i>Aportes lacanianos sobre la recaída en el consumo toxicómano</i> ..	34
3.1.3	<i>La recaída como síntoma</i>	35
3.1.4	<i>El goce en la recaída</i>	37
3.2	La recaída: ¿Imposibilidad de cura?	39
3.2.1	<i>La recaída como defensa</i>	39
3.2.2	<i>La recaída como un reinicio en la adicción</i>	41

3.2.3	<i>Causas generales de la recaída</i>	41
3.2.3.1	El estrés como causa de la recaída.....	42
3.2.3.2	La (re) caída de los ideales familiares como factor de la recaída	43
3.2.3.3	Relaciones interpersonales como causa de la recaída.....	43
Capítulo 4:	Metodología	45
4.1	Enfoque	45
4.2	Paradigma/Modelo.....	45
4.3	Método.....	45
4.4	Técnicas.....	46
4.5	Instrumentos.....	46
4.6	Población.....	46
Capítulo 5:	Presentación y análisis de resultados	48
5.1	Análisis de resultados de las entrevistas	48
5.1.1	<i>Esquematización</i>	48
5.1.2	<i>Análisis de resultados de las entrevistas semiestructuradas a psicólogos clínicos</i>	55
5.1.3	<i>Análisis de resultados de las entrevistas a profesionales</i>	57
5.2	Presentación de resultados de viñetas clínicas	60
5.2.1	<i>Análisis de resultados de las viñetas clínicas</i>	65
	CONCLUSIONES	69
	RECOMENDACIÓN	71
	REFERENCIAS	72
	ANEXOS	75

INDICE DE TABLA

Tabla 1: Entrevista aplicada a los profesionales.....	49
Tabla 2: Entrevista aplicada a los pacientes.....	53
Tabla 3: Interpretación de la entrevista aplicada a los profesionales.....	56
Tabla 4: Interpretación de la entrevista aplicada a los pacientes.....	57

INDICE DE VIÑETAS

Viñeta 1: Paciente S.....	63
Viñeta 2: Paciente R.....	64
Viñeta 3: Paciente J.....	65
Viñeta 4: Paciente N.....	66

RESUMEN

El trabajo de investigación está basado en un análisis de las causas que se presenta ante una recaída del consumo toxicómano en pacientes de la clínica de rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”, donde se define en tres capítulos, que es la recaída del consumo toxicómano, el tratamiento que reciben los pacientes toxicómanos y las causas que provocan la recaída del paciente hacia el consumo toxicómano. Dentro de los capítulos explican las diferentes vertientes de la recaída desde el enfoque psicoanalítico. Por lo cual, la investigación presenta el enfoque cualitativo con el paradigma fenomenológico hermenéutico que explica la perspectiva y vivencias de la persona, por consiguiente, el método que se utilizó es el deductivo, por lo que la técnica de recolección de datos aplicada al trabajo son la revisión bibliográfica, las viñetas y como instrumento las entrevistas semi estructuradas que serán aplicadas a los psicólogos y pacientes de la clínica de rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”, este tipo de entrevistas permite la flexibilidad e inmunidad para recolectar la información específica y necesaria para integrarla al estudio. Al conseguir los resultados del análisis de datos se ha adquirido la información necesaria para saber las causas específicas que repercuten a que el paciente tenga una recaída al objeto tóxico, la información se relaciona en demasía con el contexto familias, sentimental, laboral y social, además de los patrones de pensamiento y comportamiento de los pacientes, esto incluye sentimiento de soledad, tristeza, por la situación que están atravesando en cuando a su consumo de drogas.

Palabras claves: análisis de causas, toxicomanía, recaída, consumo toxicómano, drogas, psicoanálisis.

ABSTRACT

The research work is based on an analysis of the causes of drug relapse in patients of the rehabilitation clinic "Un Nuevo Amanecer", where it is defined in three chapters, what is drug relapse, the treatment received by drug patients and the causes that provoke the patient's relapse to drug use. The chapters explain the distinct aspects of relapse from the psychoanalytic approach. Therefore, the research presents the qualitative approach with the hermeneutic phenomenological paradigm that explains the perspective and experiences of the person, therefore, the method used is deductive, so the data collection technique applied to the work are the literature review, vignettes and as an instrument open interviews to be applied to psychologists and patients of the rehabilitation clinic "A new dawn", this type of interviews allows flexibility and immunity to collect specific and necessary information to integrate it into the study. By obtaining the results of the data analysis, the necessary information has been acquired to know the specific causes that affect the patient to have a relapse to the toxic object, the information is too much related to the family, sentimental, labor and social context, in addition to the patterns of thought and behavior of patients, this includes feelings of loneliness, sadness, for the situation they are going through in terms of their drug use.

Key words: causal analysis, drug addiction, relapse, drug abuse, drugs, psychoanalysis.

INTRODUCCIÓN

La investigación presenta el tema desde el psicoanálisis, que se han realizado varios estudios con la finalidad de describir diferentes aspectos de la toxicomanía, pero existe pocas investigaciones sobre la recaída del toxicómano y sobre todo las causas que provocan dicha recaída. Esto se debe a que la mayoría de los estudios se centran en el tóxico y como este afecta la vida del sujeto en el aspecto físico, mental, social, sin embargo, el sujeto toxicómano no se crea de un día para otro, es un proceso que se lleva a cabo por causas que la persona no puede resolver.

Para plantear la investigación se elaboraron preguntas que se dividen en preguntas generales y específicas, en la pregunta general se expone ¿Cuáles son las causas que provocan la recaída del consumo toxicómano en pacientes de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”?, esta pregunta será contestada a partir del planteamiento de los objetivos y el desarrollo de los capítulos.

Referente a las preguntas específicas se propone ¿cómo se define la recaída en el consumo toxicómano desde la teoría psicoanalítica?; ¿Cuál es el efecto de las intervenciones realizadas en los pacientes de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer” para abordar el consumo toxicómano? y ¿Cuáles son las causas que provocan una recaída en el consumo toxicómano en pacientes en la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer?”, estas preguntas que se relacionan con la pregunta general se argumentaran por medio de investigación bibliografía, además de la administración de entrevistas semi estructuradas y el desarrollo de viñetas donde se obtendrán la información para responder cuales son las causas de la recaída en el consumo toxicómano.

El objetivo de este trabajo es analizar las causas de la recaída del consumo toxicómano en pacientes de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”, por lo cual se definirá los efectos de las intervenciones realizadas a los pacientes de la clínica de rehabilitación y se expondrá el tratamiento que se aplica en la clínica. Con respecto a los objetivos específicos, se realiza una definición de la recaída en el consumo toxicómano por medio de la teoría psicoanalítica, este objetivo está planteado en los capítulos del trabajo de investigación donde se explica desde el psicoanálisis

como y porque el sujeto recae en el toxico, esto lleva una descripción profunda utilizando conceptos psicoanalíticos.

En represente al segundo objetivo específico que trata de identificar el efecto de las intervenciones realizadas en los pacientes de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer” para abordar el consumo toxicómano. Mediante la teoría y la experiencia que se obtuvo de las practicas, además de la información obtenida tanto en las entrevistas semi estructuradas como en las viñetas se destacan efectos positivos de las intervenciones que se realizaron a los pacientes, ya que están más abiertos al proceso de rehabilitación.

Por consiguiente, el tercer objetivo específico consiste en explicar las causas de la recaída del consumo toxicómano por medio de referencias bibliográficas y entrevistas semi estructuradas, este objetivo se expone en el capítulo tres donde se desarrolla desde el psicoanálisis cuales son las posibles causas de la recaída en el sujeto, lo cual estará fundamentadas en el capítulo antes mencionado y las entrevistas que se realizaron con el consentimiento de los pacientes de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”, además los profesionales que laboran en la clínica describen desde su punto de vista de las causas que se destacan con respecto a la recaída del consumo toxicómano y que se detalla en los capítulos siguientes.

Por ende, de acuerdo a los objetivos de la investigación se desarrolla en tres capítulos que componen el marco teórico en donde se explica la recaída y las causas del consumo toxicómano. Dando una breve descripción de la recaída del consumo toxicómano. En el capítulo llamado *la recaída del consumo toxicómano* consiste en caracterizar el consumo toxicómano y la evolución que ha tenido en el ámbito científico, es importante exponer los diferentes tipos de consumo que existe hoy en día, además de como el cuerpo se ve envuelto por el objeto tóxico y el goce que este le puede proporcionar.

El capítulo dos denominados *el tratamiento*, se aborda los tratamientos que existen para tratar las adicciones, por consiguiente, en el capítulo tres se presentan *las causas de la caída del consumo toxicómano*, en este capítulo se obrarán temas tales como el aporte de Sigmund Freud sobre la recaída y como afecta de manera emocional, social, familiar, además de como el consumo y la recaída puede provocar la insatisfacción sexual. A raíz de lo mencionado con anterioridad se planea la droga

como síntoma y el goce se vuelve ilimitado, pero al pasar por el periodo de abstinencia, el goce se vuelve recortado, es decir, limitado.

Haciendo referencia a los capítulos antes mencionados, se planea la metodología de investigación con el enfoque cualitativo con el modelo o paradigma fenomenológico hermenéutico, mediante el método que se utilizó es el deductivo que consiste en ir de lo general a lo particular, por lo cual se utiliza técnicas de recolección de datos que son la revisión de literatura, las viñetas, como instrumento se utiliza las entrevistas semi estructuradas que serán aplicadas a los psicólogos y pacientes de la clínica de rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”.

Al obtener los resultados del análisis de datos se ha reunido la información requerida para identificar las causas que hacen que el paciente recaiga en el uso de una sustancia nociva. Esta información está estrechamente relacionada con los patrones de conducta y pensamiento que se vincula con el entorno familiar, emocional, laboral y social. Al exponer el marco teórico, la metodología y el análisis de resultados se eligió el dominio institucional cinco llamado Educación, Comunicación, Arte y Subjetividad; este dominio consiste en estudiar los procesos de subjetividad que se basan en el procedimiento de construir sentido a largo plazo, donde se relacione la cultura, comunicación y aprendizaje, porque las investigaciones pueden basarse en enfoques sistemáticos, conductuales, psicoanalíticos. Por ende, el dominio cinco se vincula con el objetivo seis del Plan de Creación de Oportunidades de la Secretaría Nacional de Planificación, que se basa garantizar la salud física, mental y emocional, para otorgar estabilidad y equilibrio a las personas con la finalidad de promulgar el bienestar biológico, psíquicos, personal, social y emocional.

Por esta razón, el trabajo de investigación planteado se trata de analizar a profundidad la recaída en el consumo toxicómano en pacientes de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer” realizando un análisis de sus causas. Para realizar la investigación se recolecto información de los pacientes de la clínica rehabilitación “Un Nuevo Amanecer” donde con el consentimiento de ellos se expone las posibles causas que pudieron provocar la recaída al objeto toxico y como esto les afecta.

Capítulo 1

La recaída del consumo toxicómano

Consumo toxicómano

La toxicomanía en el siglo XX es caracterizada por la dependencia de sustancias que atenta contra la vida del sujeto. Los avances científicos nos han ayudado a identificar cuáles son los efectos que estos tóxicos producen sobre el cuerpo. Entre ellos se ha podido demostrar que la euforia, excitación, relajamiento y placer son los más comunes.

La cuestión es entender el lugar que le da el sujeto al tóxico para que este sea su objeto de satisfacción. “La novedad en la clínica contemporánea viene dada por la escalada fenomenal de la sustancia tóxica convertida en mercancía” (Laurent, 2014). Esta sustancia que está escalando por el lado del mercantil se debe a la liberación que tiene los controles superiores y por la legalización como uso medicinal. Desde el trabajo psicoanalítico se busca la interpretación de dicha relación, entendiendo que el consumo es un modo de goce. El efecto que causa el tóxico es único y singular, por lo que cada persona experimenta diferente, puede aparecer como un elemento regularizador frente al goce hacia otro desafiante.

Entendemos que el sujeto siempre está en constante búsqueda de la satisfacción, no deja de ser un sujeto deseante, pero el deseo no se encuentra en un mismo sitio. El deseo se existe en tanto hay castración. El sujeto neurótico sabe que no está completo, siente que le falta algo para satisfacerse, pero no logra localizar qué es. Cuando el sujeto nota que carece de algún atributo, lo desplaza hacia un objeto, ubicándolo como aquello que lo completaría, sin darse cuenta de que el consumo excesivo puede llevar a la extinción de su cuerpo.

El efecto que causa la sustancia en su variable pulsional opera como rechazo a la castración. El tóxico como tal no se presenta como un síntoma, no es un deseo. En un primer momento, podría traerle tranquilidad y sentirse en armonía con el mismo. El tóxico no le exige nada, sin embargo, este lo maneja como él quiera. Esto nos enseña la dependencia que los sujetos pueden tener hacia este modo de satisfacción que le provoca el tóxico y de lo difícil que es alejarse de él.

Perspectiva freudiana

La masturbación es una de las primeras adicciones por lo que experimenta el sujeto y posteriormente las sustancias tóxicas viene a sustituirlo. “El acto masturbatorio, cuando deviene compulsivo, conserva una llamativa afinidad con el acto adictivo cualquiera que sea, que en general es igual de compulsivo” (López, 2007, p. 21).

En 1898, en *la sexualidad y la etiología de las neurosis*, Freud afirma que “el masturbador suele recaer, a cada contingencia desazonadora, en la satisfacción que le resulta cómoda” (p. 268). Cuando en el sujeto está despierta lo sexual se hace complejo imponerle un alto, pero en el caso de que no pueda llevar una vida sexual normal, destinan a sustituirlos con el tóxico para compensar la falta del goce sexual.

En el dolor se puede experimentar una cancelación tóxica, es decir, que el dolor desaparece por un tiempo cuando la sustancia tóxica cumple su función principal, que es dejar que el sujeto siga sufriendo, apareciendo como una especie de barrera para ponerle límite al dolor y así no le permita alcanzar al goce (López, 2007).

¿A qué damos referencia con la cancelación tóxica? Tengamos en cuenta que las adicciones se lo asocian con la búsqueda a la felicidad y que es la única por la cual el toxicómano consume, pero no es que se queda solo en la palabra felicidad, se busca más allá, evitar el displacer ¿Cuáles son las situaciones que le causa displacer al sujeto para que recurra al tóxico?

Freud (1930) en el texto *Malestar en la cultura* señala que “el hacer uso de la sustancia tóxica es del sujeto cobarde” (p. 127). De esta forma *Freud* lo expresó, ya que es la manera en el cual el goce se defiende colocándolo al sujeto como oculto, un cobarde de la cultura. Lo que nos lleva a formular la siguiente pregunta ¿Es necesario que la cultura tenga un lado cobarde? Se refleja una distancia de la satisfacción pulsional, por ejemplo, el humor es una forma de distanciarse que da paso al goce. “El humor hace callar la voz del superyó y a la vez juega un rol protector para el sujeto”. (Blanco, 2015, p. 12)

Otro ejemplo que podríamos colocar sería los espectáculos teatrales o de las novelas, cuyo efecto que produce en el lector es gozar a través de su imaginación por el papel que les otorga a los personajes. “El arte utiliza técnicas mediatizadas por lo simbólico para alcanzar la ventaja de un goce, pues se renuncia a una satisfacción directa, mientras que el adicto sólo se puede defender de lo real”. (Blanco, 2015, p. 13)

La toxicomanía según Lacan

Las enseñanzas de Lacan, si bien es cierto no hace toda una teoría sobre la toxicomanía, nos da conceptos admirables para entender su complejidad. Partiremos desde tres momentos según la teoría lacaniana, el complejo de destete, complejo de intrusión y complejo de Edipo. El complejo de destete en el hombre se encuentra restringido por la cultura. “El destete es a menudo un trauma psíquico cuyos efectos individuales, anorexias llamadas mentales, toxicomanías por vía oral, neurosis gástrica revelan sus causas al psicoanálisis” (Lacan, 2003, p. 32).

Lo que sucede en la conducta del toxicómano sería que, en una primera instancia a lo infantil, se siente indefenso y expuesto cuando lo separan del pecho de su madre generándole un trauma. En el sujeto toxicómano se presenta una segunda indefensión que sería con respecto a la droga. “El sujeto está indefenso frente a su compulsión al ingerir el tóxico, acto acompañado por la fantasía de la posesión ilimitada del pecho materno, es decir, la renegación del destete” (López, 2007, p. 48). Por lo que podemos inferir que el complejo de destete es una primera aproximación a la toxicomanía.

En 1959, Lacan escribe el texto *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano* en el cual resalta el interés de Lacan por escribir la experiencia que le ofrece el toxico para hacer una diferencia con otros estados denominados profundos. Lo que quiere decir es que la experiencia con el toxico no es con el fin de conocer al inconsciente ya que se lo usa como recurso para evitar lo insoportable, sino soportar la realidad (López, 2007).

En el 1967 escribe otro texto *Del psicoanálisis en sus relaciones con la realidad* en el que demuestra que lo que intenta brindar el toxico es una ilusión de verdad suprema. Un dato importante es que la toxicomanía tiene una relación con la

manía, es decir, la repetición y la compulsión. La sociedad del consumo enlazado con el consumo compulsivo tiende a relacionarse con el sujeto, ya que ha aprendido a asociar la felicidad con el consumo y esto hace que la acción se repita.

Cuando el sujeto está consumiendo siente placer que va más allá, lo mantiene aliviado o más bien anestesiado, la angustia no hace signo. Podemos relacionar la adicción como un cebo. Se engancha con esta, le genera satisfacción, pero cuando se termina necesita de otra dosis para volver a sentirse bien y una vez más la repetición aparece.

Lacan (1964) expone que “se asocia la repetición al inconsciente y observa que la repetición inconsciente no consiste en la reproducción de lo idéntico”. Es decir que esta repetición siempre genera movimiento, aquello que está en constante búsqueda de un objeto, pero no cualquier objeto, sino uno perdido. Pero todo regresa y no precisamente como estaba antes sino como algo nuevo, eso nuevo de la repetición llega como un efecto de reencuentro. Pero así mismo como angustia hacia una pérdida afligida.

Diferencias de otros tipos de consumo

El término adicciones es comúnmente conocido, y por ende su definición es bastante general. Las adicciones se ven influidas por los imperativos del mercado. No solo enlistamos adicciones haciendo hincapié a las drogas, sino a aquellas tradicionales tales: como el sexo, pornografía, videojuegos, compras, series de televisión, celulares, etc. Según Vida Caixa (2022) nos explica los diferentes tipos de consumo:

Consumo experimental

La mayoría de los casos los sujetos experimentan el consumo de drogas por curiosidad o vanidad debido a que quiere sentir el efecto que le produce el tóxico, algunos pueden llegar a dejarlo y otros continúan, normalmente esto se produce en grupo que lo incita a consumir

Consumo habitual

Conlleva al uso constante del tóxico a medida que no pueda llegar a controlarlo, esto va a depender de las sustancias que consuma. Por lo general el comportamiento del sujeto suele cambiar y los lazos sociales o familiares tienden a ser conflictivos.

Consumo drogodependiente

Sucede cuando el sujeto necesita del tóxico para sobrevivir, no importa si eso le trae complicaciones en su vida cotidiana. Entrega la mayor parte de su tiempo para obtener las sustancias. Abandono de sus actividades diarias tales como laborales, sociales, etc. Recurre reiteradamente al tóxico para aliviar sus dolencias con lo real.

El cuerpo Intoxicado

Para obtener una mirada más profunda de lo que produce el tóxico en el cuerpo, Sigmund Freud experimentó personalmente los efectos que pueden ocasionar consumiendo cloruro de cocaína que es la pasta base con clorhídrico y extracción acetona etanol. Este acercamiento le permitió destacar que el tóxico puede llegar a producir efectos medicinales y analgésicos. Freud (1980) en el texto *Escritos sobre la cocaína* clasificó a la cocaína tempranamente como:

Una droga que al mismo tiempo servía para estimular el sistema nervioso central y para producir euforia. Suspenden las funciones de la emoción y la percepción en su más amplio sentido; a veces reducen o *suprimen* la conciencia y otras la conservan y crean en las personas que las toma un estado de comodidad física y mental. (p.24)

Durante esta prueba cuando se hace uso del tóxico, el sujeto puede llegar a realizar trabajos prolongados o de extremada demanda física sin llegar a sentir cansancio o fatiga olvidando funciones primarias como dormir o comer.

Se llega a realizar una relación de la cocaína con el amor, es decir, algo superior en el sujeto que le proporciona un sentido a la sustancia; al punto de representarla como aquel objeto ilusorio, que le haría sentir que no necesita de algo o de alguien más.

Los malestares de los sujetos pueden relacionarse con dos variables. La primera que va del lado del inconsciente y la segunda del lado de lo cultural o moral, ya que el sujeto va construyendo el malestar a través de las relaciones que tiene con los otros y de las vertientes que este les ofrece.

En el texto *El malestar de la cultura* sostiene dos aspectos que el sujeto experimenta, cuyos términos, que ya conocemos, son el dolor y displacer. “Surge así la tendencia a disociar del yo cuanto pueda convertirse en fuente de displacer, a expulsarlo de sí, a formar un yo puramente hedónico, un yo placiente, enfrentado con un no yo, con un afuera ajeno y amenazante” (Freud, 1930, p. 24).

Desde lo propio o interno, incluso del cuerpo, aparecerá la angustia. Desde lo exterior o del mundo la fuerza en acabar con las creencias propias de manera despiadada. A pesar de los sufrimientos mencionados que se le presenta al sujeto, éste va a buscar la manera de sobrellevar sus padecimientos.

Los sujetos tienden a fantasear que el fin de la vida es la felicidad, y en muchos de los casos, al no encontrarla se adentran en un viaje en el cual no saben aún a donde va a llegar o de donde partir.

La vida no resultará perfecta, puede aparecer de forma voraz trayendo consigo dolores, desengaños, mentiras y tareas que al sujeto se le puede hacer complejo resolver. Para aliviar esto, la vía más rápida podrían ser los calmante o tóxicos que lo desconecten de la realidad.

Podemos añadir que la felicidad es espontánea: un fenómeno episódico, de duración breve y una permanencia imposible, en donde el sujeto se deja llevar por su emoción. La amenaza de sufrimiento está presente a lo largo de la vida del sujeto: no es algo que se pueda evitar o ignorar, es parte del proceso de la vida psíquica de todo ser humano.

La intoxicación es el escape que tiene el sujeto para sentir placer. La presencia de algo extraño que se introduce por la sangre y los tejidos crea esas sensaciones de satisfacción, en las cuales queda inhabilitada la vía del displacer. La función que le ofrece el tóxico es la suficiencia de independizarse del Otro, que le permite escapar del sufrimiento. Puede presentarse en un doble sentido. En el primero tendremos que

él tóxico sostendrá al sujeto en su malestar, pero por el otro, lo desconectará de la realidad provocando consecuencias en su organismo y psiquismo, es decir, que este actúa como un veneno tanto físico como mental en el sujeto. En cada persona podría aparecer una sustancia que actúa como tóxico sin necesidad de serlo.

Desde el psicoanálisis no se suele usar el término drogadicción o farmacodependencia por la serie de identificaciones sociales que esto ocasiona, sino el término toxicomanía, dado que la labor es buscar en el sujeto como la introducción de un tóxico puede provocar un estado de manía que lo despoje de su ser y además lo vuelve codependiente de ella. Los momentos de angustia o desesperación surgen al no tener acceso al tóxico, cualquiera que este sea, que le permita, compulsivamente, regresar al estado maníaco que este le provoca.

El goce toxicómano

La palabra goce es un término utilizado en el psicoanálisis, en un punto referido a una satisfacción que opera en el cuerpo. Al menos en la neurosis, este se encuentra, en parte, inscrito en el orden simbólico y por ende es siempre parcial. Un sujeto puede encontrar modos de producir un efecto particular en el cuerpo, es decir, una satisfacción más allá del falo tan cautivador, de la cual no puede desprenderse y como consecuencia busca su repetición. Tarrab (2001) habla acerca de que “el objeto droga representa un goce autónomo, ligado al exceso y la pulsión de muerte que empuja a un plus de gozar. Este es un goce solitario que aísla al sujeto del Otro”.

Fabián Naparstek (2008) evidencia que:

En términos de Lacan sería un desenganche del Otro, llamémosle el Otro, el Otro del lenguaje, el Otro sexo, etc. A mi gusto, el verdadero toxicómano muestra de una manera patética que, con su patología prescinde del Otro del lenguaje, y busca una operación que no pase por allí, que prescinde del sexo y encuentra una respuesta libidinal diferente y por supuesto, que podría aislarse totalmente del Otro social. (p. 24)

El sujeto toxicómano destaca un rechazo al inconsciente, se niegan a saber sobre la división subjetiva provocando un libre escape al goce de una regulación fálica.

No pasa por el campo del Otro y tampoco por la castración. Podríamos decir que el tóxico hace una ruptura con el falo.

En una primera instancia, en el momento en que Laurent indicaba esta ruptura fálica a raíz del tóxico, empieza a desarrollarse el goce toxicómano. El toxicómano alcanza su propio goce, a comparación del goce fálico que se ve limitado por los emblemas identificados a través de lo simbólico, el goce del toxicómano va por fuera del inconsciente. Es decir, no se encuentra descrito dentro de la dinámica fantasmal, menos aún desde la respuesta del fantasma del neurótico.

En un principio, esta no-inscripción puede llegar a confundirse con la forclusión, no obstante, hay que tener en cuenta que el sujeto hace uso de la droga como una panacea; a partir de un objeto del cual puede obtener satisfacción momentánea ante el displacer y la tensión psíquica. Murillo (2012) hace referencia a “la contraposición de este goce toxicómano con relación al goce sexual, en donde explica que este goce se ve corporalizado y funciona de manera parcial, mientras que, el goce toxicómano se sostiene como único, una sola unidad sin fragmentos” (p. 56). A partir de esto, trae a colación el discurso capitalista de Lacan, haciendo alusión al rechazo de la castración a partir de los axiomas del consumo.

Desde la lógica del consumo del tóxico, este rechazo a la castración desde el sujeto encaja con la recurrencia y la caída en este goce toxicómano. Esto debido a que el tóxico en un principio funciona como una respuesta que es parte del consumo del discurso capitalista. Por otro lado, este sin sentido que no tiene referencia al cuerpo, también puede asemejarse a la sensación oceánica que hace referencia Freud (1930) en el libro *Malestar a la cultura* donde expone que es “«sensación de eternidad»; un sentimiento como de algo sin límites ni barreras, en cierto modo «oceánico» (...) gracias a este sentimiento oceánico podría uno considerarse religioso, aunque se rechazara toda fe y toda ilusión” (p. 2).

Si bien en este prefacio Freud hace referencia a la sensación de eternidad que las religiones y la fe le brindan al sujeto, se puede asemejar esta sensación sin barreras ni límites al goce toxicómano como tal. Sin comparar al tóxico con la una devoción o a una religión, puede actuar de la misma manera que la fe, en el sentido que le brinda una respuesta al sujeto, o más bien un sin-respuesta, ya que no coarta ningún tipo de

identificación simbólica, ni implica una pérdida consciente para el sujeto. Es decir, el tóxico funciona como una identificación a un goce sin límites.

No obstante, no hay que confundir este goce sin límites con el goce del estrago, ya que el goce toxicómano no funciona de la misma manera. Este goce responde desde la infinidad de respuestas del lado de la falta en la posición del goce femenino. A diferencia de este goce, el goce toxicómano se inmuta como respuesta única, sin brindar una significación desde lo simbólico. A partir de esto, al no haber una significación, ni una pérdida para el sujeto, no se encuentra como una respuesta fantasmal del sujeto.

Desde este punto de vista Salamone (2020) en una conferencia sobre *el goce toxicómano* hace referencia que este es un goce que atenta contra lo simbólico. Salamone hace referencia a la ley que el Otro ha intentado imponer sobre el tóxico, en un fallido intento de la regularización de la dinámica del tóxico con el sujeto. Esto se puede ejemplificar a través de ciertas sustancias como el alcohol o el tabaco, que si bien se encuentran regularizadas y se explica el impacto que estas pueden tener en el sujeto, la pulsión de muerte que empuja a este goce real no se ve limitada por el intento de regularización de la sociedad. No obstante, “no hay en el goce una forma de que este sea domesticado” (Salamone, 2020). Esta domesticación o intento de regularización por parte del Otro social sobre el tóxico, no se ha logrado a pesar de las transacciones simbólicas – y reales – que representan en el imaginario colectivo y subjetivo del individuo.

Por otro lado, Salamone (2020) trae a colación la definición de Miller del goce autoerótico. Esto que implica que es un goce repetitivo, es decir, no es maleable por el lenguaje. Al mismo tiempo que se le imposibilita ser regularizado simbólicamente, se especifica que este goce toxicómano busca romper el vínculo del sujeto con el lenguaje. Esto último se ve respaldado por la teoría de Laurent, en donde la toxicomanía funciona a partir de la ruptura fálica del sujeto, la ruptura con su propia cadena significante.

Por lo que, se puede establecer que el goce toxicómano, si bien llega a funcionar como una respuesta momentánea para el sujeto brindándole un goce sin límites desde lo real, este tiene como efecto una ruptura con la cadena significante del

sujeto. El Otro social, en su intento por regular esta respuesta que brinda desde el consumo, intenta regularizarlo, no obstante, se ve imposibilitado por la desfragmentación y descorporalización de este goce. Es decir, a pesar de que este objeto se vea envuelto desde lo imaginario, la representación que tiene no conlleva a un desplazamiento, ni siquiera a una representación del inconsciente, ya que queda por fuera de este.

Por lo que, la identificación del sujeto con el tóxico, y la utilización del mismo como una respuesta temporal ante la angustia de la falta, conlleva al sumergimiento del sujeto a este goce sin límites. A pesar de que no funciona de la misma manera que la religión o la fe, se puede asimilar una devoción al objeto tóxico desde el sujeto, como este le brinda tales sentimientos sin barreras ni límites: un goce toxicómano que inunda al sujeto de real y de la nada al mismo tiempo.

La recaída del consumo toxicómano

Desde el psicoanálisis, el uso del tóxico permite un encuentro del sujeto frente a un placer que este busca de manera constante, a raíz de la castración simbólica que vivió el individuo durante los primeros encuentros con el Otro. Un tópico interesante para reconocer dentro de este mismo esquema es la recaída en el consumo. No obstante, primero hay que esquematizar el porqué del consumo.

La producción de la adicción

Desde su infancia, el sujeto buscará instancias u objetos que le permitan lidiar con este primer narcisismo fracturado frente a la imagen del Otro. Estos encuentros que tiene el sujeto entre el placer-displacer, provocan en él una frustración que se concilia momentáneamente, lo cual lo mantendrá es un constante reflejo con su propia falta, “llevándolo a una búsqueda constante de placer en distintos objetos, y evitando todo lo que produce displacer, y que da lugar a la discontinuidad” (Pozo, 2021, p. 44). Este fragmento hace referencia a la discontinuidad.

Pozo habla sobre la discontinuidad desde la percepción narcisista y la percepción amorosa. Él relaciona la percepción narcisista desde la dialéctica de Hegel con relación al amo y al esclavo. En tanto la reacción narcisista, parecida a la díada madre-hijo, el sujeto se ve envuelto por el Otro para garantizar un placer continuo.

Desde una perspectiva psicodinámica, Khantzian aborda la posibilidad de la automedicación como una manera del sujeto de desligarse de dichas emociones.

Los opiáceos reducen la ira o violencia, el alcohol y los medicamentos contra el SNC alivian los sentimientos de soledad, vacío y ansiedad, y los estimulantes (anfetaminas, cocaína, entre otras drogas) aumentan el nivel de energía, alivian la depresión o contrarrestan la hiperactividad y los problemas de atención. (González, 2008, p. 3)

Es decir, el sujeto en búsqueda de desligarse de las sensaciones de angustia que le causan displacer recurre a la automedicación. Khantzian plantea que el origen de la automedicación como escape del enfrentamiento del sujeto con dichas emociones se da en la infancia temprana. Esto se relaciona con una desregulación de afectos por parte de los cuidadores al niño, lo cual se asocia con la ambivalencia en la díada madre-hijo.

“A pesar de que Khantzian relaciona la automedicación con la imposibilidad del individuo a crear medidas y límites para el autocuidado, Cristal considera que la automedicación se origina a partir de una figura sobreprotectora del individuo” (González, 2008, p. 3). Esto podría aplicarse fácilmente a la absorción del niño por parte de la madre, en donde al posicionarlo como objeto para colmar su deseo, suele resultar en las conocidas “madres cocodrilo”. Este término hace referencia a aquellas madres que limitan al niño acorde a su propio deseo, lo cual termina teniendo ciertas consecuencias a nivel psicosomático. No obstante, sigue la misma lógica de la restricción del deseo del niño por mandato de la madre. No obstante, estos mandatos son seguidos por el niño a rajatabla, ya que a partir de estos es que puede responder al deseo del Otro, aunque esto represente obnubilarse frente a sí mismo.

Por esto, se habla de discontinuidad en los desencuentros del sujeto ante este placer. Pero, a través de la reacción narcisista, estos desencuentros se reducirían. Contrastando la dialéctica de Hegel amo-esclavo, la díada madre-hijo y la relación tóxico-sujeto, se encuentra una dinámica similar, con una pequeña diferencia.

En la díada madre-hijo, el hijo se encuentra desde una posición activa-pasiva porque busca colmar el deseo de la madre, a partir de la supresión de su propio deseo. No obstante, la ambivalencia en esta posición lo lleva a resolverse desde otra posición

para responder a su propia falta. Mientras que, la dialéctica amo-esclavo de Hegel y la relación tóxico-sujeto, se asemeja en que el esclavo busca ser amo, el sujeto busca tóxico para librarse del sufrimiento de la falta. Sin embargo, el esclavo se ha vuelto dependiente de su amo, así como el sujeto tóxico. Por un lado, el esclavo se mantendrá esclavo; mientras que el sujeto, perderá su estatuto de sujeto en tanto se desencuentre de la falta manteniendo la continuidad de su encuentro con la droga.

El consumo se vuelve necesario para la vida del sujeto, es un vehículo directo al placer, y por su alto narcisismo se ve siempre colocado en una situación de dominio sobre el tóxico, a un punto de experimentar con más frecuencia o intensidad distintos tóxicos con el fin de obtener placer. (Pozo, 2021, p. 45)

Por lo tanto, la producción de la droga se da a partir del encuentro del sujeto con la falta, y sus constantes desencuentros con esta. Con la finalidad de reducir esta dinámica del placer-displacer, el sujeto utiliza el tóxico como un vehículo para tener encuentros continuos y duraderos que sean placenteros, es decir, que lo alejen del malestar de la falta. Esto último conlleva a que el sujeto se sostenga en una posición de esclavo frente al tóxico, volviéndose dependiente de él.

Cabe destacar que estos desencuentros que tiene el sujeto con la droga siguen una dinámica similar al acercamiento del sujeto con el objeto a. En los infinitos intentos del sujeto por recrear el placer de este objeto por siempre perdido, la droga parece obtener un estímulo similar, en donde anula al sujeto y lo inunda en una posición de identificación con el propio objeto. A su vez, esta identificación con el objeto responde a una ruptura del sujeto con lo simbólico, lo cual explica Lacan en una de sus teorías sobre la toxicomanía desde el psicoanálisis.

La ruptura del sujeto simbólico

Laurent realiza una conferencia acerca de *Tres observaciones psicoanalíticas sobre las toxicomanías*. En esta ponencia, Laurent (2017) hace referencia a “un extracto de Lacan, en donde hace una analogía de la droga como la única forma de romper el matrimonio entre el cuerpo y el falo” (p. 1). Laurent sostiene que a partir de esto se sintetiza uno de los cuestionamientos iniciales del papel del tóxico con relación a la subjetivación del individuo, en donde la toxicomanía no encajaba en la definición

del síntoma freudiano. Es decir, no respondía a una transacción de la angustia, aparecía como una respuesta frente a la angustia, pero no suplía nada ni manifestaba ningún contenido inconsciente. Por lo tanto, no se definía como síntoma. A partir de esta breve, pero precisa indicación de Lacan, la toxicomanía encaja como una ruptura entre el sujeto y el goce fálico.

Esta ruptura desde el goce fálico se introduce a partir de la teoría de la psicosis de Lacan, no obstante, Laurent plantea que romper con los Nombres del Padre en la toxicomanía, no implica estar en el campo de la psicosis. Es decir, no necesariamente todo toxicómano al romper con el goce fálico entra en la estructura de la psicosis, así como tampoco implicaría que tampoco todo psicótico recurre desde la toxicomanía para forcluir el significante del Nombre del Padre. Por lo tanto, la forclusión del Nombre del Padre dejaría de aplicarse exclusivamente para la psicosis, sino que podría emplearse a la toxicomanía.

Cabe destacar que no necesariamente debe relacionarse a la toxicomanía como una “posible salida de la forclusión”, esto debido a que – en comparación con el Complejo de Edipo – la toxicomanía se da a partir de la frustración del sujeto con los desencuentros con la falta, mientras que, las salidas del Complejo de Edipo plantean al sujeto su manera de relacionarse con sus pares, con su deseo y el deseo del Otro.

Por lo que, Lacan con su precisión, realiza el cuestionamiento de su propia enseñanza, dándole una nueva vía de posibilidades a la ruptura del sujeto con el Nombre del Padre. No obstante, esto no implica instantáneamente que la dinámica de la toxicomanía al encontrarse por fuera del alcance de lo simbólico pasa a la posición del sujeto con el goce de lo real desde la perversión.

La relación perverso-toxicómano

A partir de la relación de divorcio entre el sujeto con el Nombre del Padre, en un sentido “lógico”, incluso siguiendo la misma dialéctica de Hegel amo-esclavo, la dinámica del toxicómano con la droga se podría “asemejar” a la relación del perverso con el otro. No obstante, el toxicómano no es perverso. A pesar de que este en un principio quiere posicionarse como amo, se doblega ante la sustancia. De igual manera, esto no debe confundirse con la posición masoquista del perverso, ya que el toxicómano no busca someterse ni ser sumiso de la droga. “La perversión supone el

uso del fantasma. La perversión supone un uso muy específico del fantasma. Mientras que la toxicomanía es un uso del goce fuera del fantasma, ella no toma sus caminos complicados del fantasma.” (Laurent, 2017, p. 2).

Este extracto retrata perfectamente diferentes facetas del toxicómano. Por un lado, deja claro que la posición toxicómano-perverso no es posible, ya que el toxicómano no ocupa de una respuesta fantasmática con el deseo del Otro. Esto refleja una de las características fundamentales de la dinámica del toxicómano como una posición subjetiva única frente a las otras. El toxicómano no responde desde su fantasma porque no tiene uno. Es decir, el sujeto encapsulado por el tóxico no se enfrenta con su propio deseo, que finalmente es el deseo del Otro. No hay un deseo ajeno al que el toxicómano tenga que responder, dejándolo libre de los vínculos simbólicos con sus pares.

Por lo tanto, al recorrer las diferentes posiciones en las que puede verse envuelta la toxicomanía, tanto con los otros como con su propio deseo, deja claro que la recaída del toxicómano, no solo se produce por sus desencuentros con la falta. Si no, también por la imposibilidad de alcance y conexión que tiene con el Otro.

Este tipo de dinámica entre el toxicómano y sus pares puede asemejarse a los desencuentros que este vivía con el placer-displacer. Solo que ahora en vez de encontrarse con un placer a manera de Fort-Da – que va y viene, aparece y desaparece – se encuentra con los vacíos de la comunicación y del lenguaje en sus vínculos con los otros. Esta afanosa interacción cuando el sujeto busca volver a ese Otro que representaba en algún momento un punto de encuentro conocido, al volverse “desconocido” frente a estos códigos y símbolos de la relación subjetiva envuelta en un lenguaje que el toxicómano ya no puede comprender al desprender del goce fálico y la ruptura con los Nombres del Padre, lo lleva a regresar a una identificación con el objeto a, a través de la droga. Por lo tanto, el toxicómano siempre regresa, y el único recurso con el que parece manejarse para reivindicar su conexión con el Otro, es la droga. No obstante, este mismo recurso es su perdición.

La droga como recurso globalizado

Si bien, como se planteó anteriormente, el único recurso del toxicómano es la droga, aunque esta no brinda mayor utilidad que el sostenimiento del sujeto en su propio hundimiento. En un juego de palabras, como si el náufrago abrazara el ancla en su esperanza de no ahogarse. No obstante, esto no corresponde a una respuesta única del sujeto sin implicación externa. Didier Velásquez realizó una entrevista con Fabian Naparstek, uno de los coordinadores de la RED TyA (Toxicomanía y Alcoholismo) en Argentina. En esta entrevista, Naparstek hace referencia a la toxicomanía no como un efecto único del sujeto, sino un resultado de la época: “La toxicomanía es uno de los modos de manifestación sintomática que representa muy paradigmáticamente la época, una época del consumo generalizado” (Naparstek, 2013, par. 6).

Este fragmento hace referencia a que el consumo del tóxico no se desprende de la evaluación y construcción del sujeto alrededor de este como una posible respuesta al *displacer*, porque si bien su búsqueda empieza con ese objetivo, invoca el desencuentro del sujeto con su propio lenguaje. Esto implica, no solo una búsqueda implacable del sujeto ante su propia falta, si no del sujeto ante el malestar de su cultura.

La influencia de la sociedad en el consumo del tóxico o la droga no se restringe solamente a aquellas sustancias que representan un ancla para el sujeto en la adicción. Si no, desde la nueva dimensión de la respuesta ante el *displacer* ante el consumo. Este consumo no se retiene solamente a las sustancias, si no a cualquier tipo de consumo: entretenimiento, trabajo, incluso la academia. “El sujeto de la actualidad es un consumidor por excelencia y no puede escapar a los determinantes del discurso actual, sin embargo, el toxicómano encarna de manera paradigmática este modelo.” (Ortiz, 2013, p. 45).

Este fragmento se analizará en dos partes. La primera, haciendo referencia al discurso del tiempo actual en donde el sujeto se vuelve parte de la cadena de consumo. Esto se da a raíz de la implementación de la globalización de la sociedad, en tanto el sujeto se condena como parte de la producción de una sociedad de distribución, deja de considerarse como sujeto y pasa a ser una máquina. Esto desemboca en la teoría de las máquinas deseantes de Deleuze y Guatari, en donde se pone en juego el deseo del sujeto, pero deja de tratárselo desde esta posición, sino como una máquina productora.

Esta dualidad entre la máquina deseante representa el enmascaramiento trabajado por la sociedad de consumo y la globalización frente a la ambigüedad del sujeto. Es decir, el disfrazar el deseo del sujeto bajo los mandatos e imperativos de una sociedad que solo lo mantiene como máquina productora. No obstante, el sujeto-máquina adquiere un doble rol en esta sociedad consumista. El sujeto se vuelve productor de su propio consumo. Aunque esto suene redundante desde la perspectiva histórica, en donde el sujeto ha trabajado en pro de su supervivencia, por lo que ha tenido que trabajar alrededor de mantener su consumo.

El consumo en la sociedad moderna no se limita solo a las necesidades del sujeto, sino a la creación “neo-necesidades” que se plantean ante los nuevos tiempos. Estas neo-necesidades enfrentan al sujeto a nuevos vacíos, en donde se ven reflejadas sus faltas. Una vez más, la sociedad actual adquiere la solución para su propio problema: el consumo rápido y satisfactorio ante la angustia de la falta y el vacío que lo rodea.

Por esto se plantea a la droga como un recurso globalizado. Es decir, si bien es un “herramienta” que el sujeto integro para salvaguardarse del reflejo de su propia falta, va acorde al discurso de la sociedad actual. En donde este prioriza la satisfacción rápida e inmediata, que obnubila los sentidos en tanto estos dejen de percibir y descifrar qué significa aquella angustia. Simplemente porque al mandato social globalizado no le conviene que la máquina deseante se enfoque en cuestionarse acerca de su deseo ni su respuesta fantasmal, si no que necesita que produzca y consuma.

Por lo mismo, la droga funciona como recurso único ante la sociedad del consumo, ya que, al no responder desde un fantasma, al desconectarse del Otro, en su intento de conectar de nuevo desde lo simbólico, cae una vez más en el abismo del consumo. Al no haber un significante que represente una conexión con el Otro, sino que se repite en el ciclo de consumo. Esto funciona desde el discurso de la sociedad actual en donde “La plus-valía, es la causa del deseo del cual una economía hace su principio: el de la producción extensiva, por consiguiente, insaciable, de la falta-de-gozar” (Lacan, J. 1977). Es decir, ante la producción constante de nuevas necesidades, nuevos “deseos” y nuevas faltas, el sujeto no se cansa de gozar, y va más allá de un ciclo que le permite desafiar su propia capacidad de desear. Pero, es en esta dinámica, en donde el deseo parece ser limitado, es donde entra el plus-de-gozar. Este empuja al

sujeto más allá de las limitaciones de lo simbólico y lo invita a gozar desde lo real. A partir de este primer encuentro, el sujeto se encaminará a estos desencuentros que se mencionaron anteriormente y desembocará en la producción de la adicción y en su recaída.

A pesar de este escenario desolador, en donde el sujeto parece genuinamente embaucado sin posibilidad de salida ante la adicción, hay diferentes corrientes y dinámicas que se han empleado para el tratamiento de la toxicomanía. Por lo que, se hará la referencia a aquellos protocolos clásicos de posibilidad para el abordaje de este posicionamiento del sujeto frente al tóxico; incluyendo también los abordajes clínicos contemporáneos que trae el psicoanálisis.

Capítulo 2

El tratamiento

El abordaje clásico de los 12 pasos

El abordaje de los 12 pasos funciona como una guía para el adicto, brindándole una especie de manual bajo el cual sostenerse a lo largo de su tratamiento y superación de la adicción. Hay diferentes maneras de abordar o guiar al adicto a través de estos pasos. En este caso, se analizará el material extraído por los Servicios Mundiales de Narcóticos Anónimos (2003):

Los Doce Pasos de Narcóticos Anónimos

1. Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podía de volvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendarlo.
9. Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellas o a otras.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos rápidamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.

12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.

De manera general, la dinámica de los 12 pasos engloba lo que se ha mencionado anteriormente. La dialéctica del amo-esclavo se ve evidenciada en el primer paso, en donde el sujeto más bien se ve gobernado por el tóxico. De manera más específica, a pesar de ser información extraída de un organismo global y general, contiene referencias a Dios. Esto último sostiene la dualidad del encuentro con el Otro, en este caso un Gran Otro, que representa no solo los límites del goce, sino también un elemento que representa la propia castración del sujeto.

No obstante, la presencia de Dios en este abordaje puede analizarse desde dos aristas. La primera, el uso imaginario y simbólico de la figura de Dios, a manera de suplencia o reemplazo del tóxico, ya que se indica la entrega total a esta entidad superior y al control de la misma.

Se entrega por completo al individuo a las manos de Dios, esta metodología niega a la persona la posibilidad de apropiarse y de esta forma afrentarse a su problema, lo coloca en una posición de indefensión ante la cual él no puede actuar. (Pozo, 2021, p. 32)

De igual manera, esta metodología no le permite al sujeto apropiarse de su propio deseo, sino que se ejecuta deliberando su deseo a una entidad superior. Adoptando una posición sumisa ante las decisiones de este, cuestionando su deseo sobre esta figura moral, sin reflexionar acerca de la posibilidad de esta dinámica como una forma de desvincularse de su deseo, solo para entregarse al deseo y mandato de un Otro.

La segunda, con relación a la paradoja de dirigirse a un ser que si bien puede estar presenta al nivel simbólico para el sujeto, desde lo imaginario no responde de manera inmediata a su existencia exacta. Esto último puede funcionar como una ventaja para el toxicómano, ya que no debe enfrentarse desde lo imaginario al encuentro con un otro que refleja su propia falta, si no que se dirige primero a esta entidad – que no presenta ninguna falta, por lo tanto, no debe significar la suya en un inicio – para después dirigirse a sus pares.

Esto último puede igual significar una limitación en este abordaje. Si bien, la no presencia de lo imaginario supone una ventaja, al momento en que el toxicómano se disponga al encuentro de un reflejo de la falta al nivel simbólico, se verá predispuesto a una recaída por la angustia del encuentro con el vacío ante la respuesta sobre su deseo.

No obstante, Pozo hace referencia sobre un centro que seguía estos 12 pasos, pero con un acompañamiento con dirección psicoanalítica, junto con intervención de la terapia grupal manejada por un psiquiatra. Por lo que, se hacía un seguimiento de los efectos del consumo en los sujetos, en las patologías mentales que fueron resultado del abuso de la sustancia.

A través del sostenimiento grupal, parece desarrollarse un menor índice de recaída que en el acompañamiento individual. Esto puede deberse a las identificaciones que pueden darse entre los sujetos. No obstante, es importante analizar qué es lo que fracasa en el acompañamiento individual, siendo esta la particularidad del abordaje clínico en la orientación psicoanalítica (Pozo, 2021, p. 32).

Proceso Administrativo de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”

Proceso de admisión

Los familiares o interesados en recibir información de la clínica de rehabilitación tienen una cita previa de manera virtual o presencial con el personal administrativo para conocer cómo opera la clínica, sus servicios que brindan, el precio de la mensualidad, la duración del tratamiento y la atención psicología y médica. Así mismo, se trabaja la situación o antecedente de la persona que requiere del tratamiento permitiendo así fijar una fecha de ingreso e iniciar la rehabilitación. Existen dos formas de ingreso:

Ingreso voluntario

El ingreso voluntario consiste cuando el paciente toma la decisión de ingresar a la clínica en compañía de su representante. El personal es el encargado de realizar una reunión donde se establece la fecha y hora de ingreso. Una vez el paciente y su representante asistan a la institución, se inicia un proceso de inscripción donde se le

pedirá al paciente y representante llenar los registros respectivos con la finalidad de que el paciente inicie con su tratamiento.

Ingreso involuntario

El ingreso involuntario, consiste en el ingreso del paciente sin su consentimiento. Al tratarse de un ingreso inesperado para el paciente, el representante coordina con la clínica de rehabilitación y una vez la información sea obtenida, el personal de la clínica llega al lugar, permitiendo manejar el traslado del paciente que en algunos casos suele ser tranquila y en otros de manera forzosa. Otro modo de ingreso involuntario es cuando llevan al paciente a la clínica bajo engaños de su representante. En este punto los coordinadores y demás personal ya están al pendiente de la llegada del paciente para recibirlo de manera segura y empezar su proceso de rehabilitación.

Proceso del paciente

El paciente es despojado de todas sus pertenencias, solo puede quedarse con su vestimenta. La clínica tiene un sistema de uniforme en el cual los pacientes recién ingresados se les otorga una camisa de color blanco, se le muestra el dormitorio en el que se quedará y a sus compañeros de cuarto. De forma obligatoria se realiza la prueba de COVID-19, VIH y se le toma la presión.

En los primeros días no se le brinda atención psicología, se le otorga a un compañero sombra para avisar a diversas situaciones por ejemplo al síndrome de abstinencia, intento de fuga, episodio de agresividad, pensamientos o intentos de suicidios.

Formulación de la carpeta

Cada paciente tiene su respectiva carpeta donde se registra todos los procesos durante la permanencia en la clínica. La carpeta se divide en cuatro partes, la primera es la recolección de datos del paciente y del representante legal, es obligatorio la cedula de ambas partes para completar el proceso de admisión, la segunda parte le corresponde al médico, junto con la enfermera llevan un seguimiento a cada uno de los pacientes, desde la toma de presión hasta atender enfermedades tales como hipertensión entre otros. Así mismo la enfermera se encarga de organizar y dividir la

medicina para los pacientes psiquiátricos y de esta manera dentro de la casa donde conviven no existan ningún problema, la tercera parte le corresponde a la nutricionista donde evalúa a cada paciente con el fin de asignarle una dieta, si es que lo requiere, para mejorar su calidad de vida. La cuarta parte y última corresponde al área de psicología, donde se llevan registro de las sesiones que se tenga con el paciente, toma de test, firma de asistencia y al final una hoja en el que el psicólogo encargado debe de registrar lo que se trató en la sesión y lo que se realizará en la próxima.

Proceso terapéutico de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”

La clínica se ha encargado de llevar a cabo su modelo terapéutico para los pacientes toxicómanos guiado por el modelo de atención integral residencial para el consumo problemático del alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel del ministerio de salud pública. (MSP, 2015)

Terapia psicológica individual

Se le brinda un espacio al sujeto privado para que pueda poner en palabras lo que aqueja. En los pacientes toxicómanos es común que en las primeras sesiones suelen decir que por culpa del tóxico son de una manera en particular, es decir, adjudicar al tóxico la causa de su ser, malestar o conducta. En realidad, el sujeto, en adicción o sobriedad, toma la decisión de consumir. Por ende, el conflicto no está en el tóxico sino en aquello que encuentra de insoportable en su realidad.

Terapia psicológica grupal

Se trabaja el vínculo social con los diferentes pacientes debido a que, se tiene la hipótesis, de que el tóxico lo ha desligado al lazo social en el que se encontraba. Se suelen hacer diferentes actividades en base a las cualidades, objetivo y diagnóstico que tiene cada paciente dentro de la sala de terapia, trabajando para producir catarsis.

Terapia psicológica familiar

La familia dentro del proceso terapéutico es parte fundamental del tratamiento para los pacientes toxicómanos. La terapia psicológica familiar un medio de apoyo psicosocial en la cual la familia es encaminada a comprender el proceso del paciente y a la vez su proceso propio, teniendo en cuenta de que estar en una clínica de

rehabilitación no es sinónimo de modificar a un sujeto, sino abordarlo desde sus síntomas, con el objetivo de producir una correcta reinserción social.

Terapia ocupacional

Cuando hablamos de terapia ocupacional en sujetos toxicómanos nos referimos a que mantengan actividades en la vida que les permitan conseguir autonomía. La clínica de rehabilitación Un Nuevo Amanecer tiene como objetivo desarrollar destrezas y aptitudes para la vida cotidiana. “Persigue que la persona se involucre en ocupaciones de libre elección, lo que aumenta la motivación para el tratamiento, la implicación y el compromiso, e indirectamente su satisfacción vital, su nivel de salud y su calidad de vida” (Rojo, 2008, p. 2).

Compartir, desenvolverse e innovar son cuestiones que al sujeto toxicómano frecuentemente se le dificulta, por eso, la terapia busca mejorar esos aspectos para favorecer el desarrollo social y emocional del individuo.

Terapia vivencial

Esta terapia se basa en las vivencias de ex-adictos que han pasado por diversas situaciones o circunstancias debido al consumo de drogas. La manera de llevar a cabo la terapia es a través de charlas tomando en cuenta las experiencias de cada sujeto, con el propósito de que cada uno relata lo vivido en la adicción. Se busca que los sujetos participen y lo tomen como un aprendizaje de un igual que este pasando por una misma situación. Tiene como objetivo desarmar al sujeto para llegar a empatizar con el otro, sensibilizarse y reflexionar. Los terapeutas vivenciales, suelen traer temas como la sexualidad, el abuso, problemas de género, entre otros con el fin de poner en palabra sus dolencias ya que para muchos de los sujetos consumidores hablar de esos temas se vuelve muy complicado por la crítica social, pero se tiene la idea de que si se lo expresa con alguien de igual posición se podrán vencer esas resistencias y mostrarse más flexible al tratamiento.

El abordaje clínico con orientación psicoanalítico

Si bien el fin de todo tratamiento psicoanalítico se centra en la reducción del malestar del sujeto, el abordaje de un caso en donde el sujeto se vea envuelto en el abuso de sustancias, la dinámica con la palabra cambia. Por lo tanto, el primer

cuestionamiento alrededor del abordaje del sujeto en la clínica de la palabra es el proceso o el inicio de dicho tratamiento, si el sujeto se ve obturado en el tóxico sin poder realizar una ligazón desde lo simbólico con su propio deseo. Si bien, el abordaje puede partir a través de la queja y diferentes problemáticas del paciente, ¿cómo se interviene en aquel plus de goce en donde se ve envuelto el objeto a?

Por un lado, “se podría realizar una primera intervención alrededor del llamado al consumo, más no en la conducta del consumo como tal. Por lo tanto, se prioriza conocer el origen del consumo” (Gutiérrez et al, 2018). No obstante, no habría una manera de definir la reducción de dicho consumo ni controlarlo en el acompañamiento individual. Además, no habría un control sobre el consumo de dicha sustancia para el toxicómano. Esto último en caso de que se trabaje de manera privada con el paciente. Sin embargo, si se ve regulado dentro de un marco institucional, esto podría delimitar el consumo, manteniendo la ética profesional que salvaguarda la integridad física y el bienestar del sujeto. Es importante delimitar la ética que hay en juego dentro del marco psicoanalítico, con relación a casos donde se vean envueltos pacientes con toxicomanías.

Otro posible abordaje desde la orientación psicoanalítica procede de su propia práctica vía la palabra. Si bien se mencionó anteriormente que la dinámica y el Inter juego con la palabra cambia, esta debe trabajarse en conjunto con la ética del buen-decir.

El decir del que se trata no es únicamente decir palabras, ya sean estas elocuentes, eruditas o bellas, el decir tal y como se define en psicoanálisis, es la palabra en tanto que ella fundó un hecho, o sea que se trata de un decir que tiene consecuencias sobre lo real del sufrimiento; se trata, de una ética del deseo. (Lora & Calderón, 2010, párr. 14)

Este abordaje de la palabra no la toma simplemente como el analizar e interpretar el discurso del paciente, como se hace comúnmente. Aquí se prioriza la existencia de la palabra como hecho, es decir, trabajar a partir de la intersección de lo imaginario con lo simbólico. Un abordaje de la palabra desde lo imaginario. Este abordaje que prioriza lo imaginario se refiere a lo real del sufrimiento, emoción o afectos envueltos alrededor de la sustancia. A partir de este encuentro con el

sufrimiento, que bien puede posicionarse como un límite, ya que es esta misma vía de la falta marcada por el sujeto que lo llevó a una búsqueda de una anulación del displacer, debe el psicoanálisis sostenerse sobre la ética del deseo. Pero ¿qué deseo si el toxicómano ha abandonado su deseo, su falta? Esto último reincorpora una pregunta más, ¿es posible reincorporar el goce fálico en el toxicómano?

Para poder responder a la pregunta de debe explicar primero como se da la ruptura del goce fálico, esto se da por medio de la ley de significante, es decir, el lenguaje. El lenguaje es importante dentro de la psique del sujeto, ya que le permite a fijarse en un significante que es mayormente representativo que los otros significantes que están instaurados. Esto facilita que los lazos parciales de la satisfacción, sin embargo, que existe una falta de proporción que es el salto a la droga para el sujeto que tratar de retornar la completud del goce.

Lo antes mencionado se relaciona con el principio del placer que consiste “en que todo organismo se encuentra en la búsqueda permanente de sensaciones placenteras y a su vez, la evitación del displacer” (Romero & Díaz, 15 p. 11). Por lo cual, en el libro Más allá del principio del placer, se ingresa la pulsión de muerte que se basa en empujar lo mortífero en el sujeto, es una constante repetición del dolor y sufrimiento, pero a través de este sufrimiento el individuo puede sentir satisfacción en el nivel pulsional, esto se relaciona con la toxicomanía debido a que las drogas que consume el sujeto son para evitar la realidad y además evadir el sufrimiento y dolor.

Se sabe que, con el uso de drogas u otros elementos embriagadores, el sujeto puede escapar temporalmente de la presión de la realidad y establecer su propia realidad en el que existen mejores sensaciones. Esta es una característica muy conocida de los estímulos intoxicantes (Freud, 1920, p. 78).

De esta forma, él sujeto sitúa el uso de las drogas como una vía para alcanzar y conservar el principio del placer, con el objetivo de lograr la felicidad de forma consciente, pero es imposible obtener complemente la felicidad, ya que no se puede evitar el sentimiento de insatisfacción.

Sin embargo, el sujeto al utilizar drogas que para el son cultivadoras porque ofrece la satisfacción que necesitan. Pero esto tiene un costo que es la ruptura con el entorno social, los toxicómanos se aíslan de la vida cotidiana y los placeres del mundo.

A medida que el uso de estas sustancias se vuelve cada vez más frecuente, pueden tener un efecto negativo en el desempeño diario y alejar a los demás que no participan en este tipo de actividades.

De esta manera, el adicto se entrega a un placer auto-erótico, que lo ubica en una situación similar a la de un infante hundido en la sensación de completitud junto a su madre. Siguiendo este razonamiento, Lacan encuentra la manera de evidenciar en la adicción la ruptura del goce fálico, por esta razón, el uso de drogas le permite al sujeto alejarse de la castración, del aplazamiento de la gratificación y generarse un placer inmediato, que, al separarlo de la realidad, afecta su relación con la sociedad.

Se puede reincorporar el goce fálico en el toxicómano mediante una análisis de los motivos que llevo al sujeto a consumir drogas, ya que en la mayoría de los casos el consumo se debe a conflictos interno y externos, lo cual el paciente lo que desea es aliviar el deseo de buscar continuamente el goce fálico, pero que no puede encontrar debido al toxico, por ende, para que el sujeto puede encontrar el goce es necesario realizar un trabajo complejo donde primeramente el sujeto recupera sus identificaciones y significantes, además de trabajar en los conflictos externo e internos de paciente, esto podría ocasionar que el individuo recupere su capacidad de desear de manera rea.

Lacan (1966) destaca la importancia de trabajar sobre la identificación con el Otro, pues es a través de este proceso que el sujeto puede volver a reencontrar su goce fálico y, por ende, su satisfacción. En este sentido, el trabajo con el Otro implicaría una búsqueda de nuevas formas de satisfacción que el sujeto pueda experimentar y que le permita reincorporar el goce fálico en su vida. (p. 148)

El poder volver a relacionarse con el Otro, es un factor importante para que el sujeto pueda reencontrar el goce fálico, ya que al consumir su única interacción o relación es con el objeto toxico, es decir, la droga, por lo cual, al colocar al sujeto en un encuentro con el Otro (familia, amigos, pareja, etc.) puede reincorporar a su vida la satisfacción fálica, por ende, permite que el proceso de tratamiento avance obteniendo resultado donde el paciente identifique su deseo y las necesidades que requiere para hallar nuevas formas de desear y satisfacerse, además de ingresar a la castración y realidad.

“El abordaje psicoanalítico también se ha utilizado como una forma de prevención. Se ha demostrado que los pacientes que reciben una terapia psicoanalítica tienen menos probabilidades de recaer en el consumo de drogas” (Rudolph-Owen, et al., 2016, p. 274). Esto se debe a que este enfoque apoya a los pacientes a comprender mejor sus motivaciones y emociones subyacentes, lo que los ayuda a evitar el consumo de drogas y a mantener un estilo de vida saludable.

Capítulo 3

Causas

Causas de la recaída del consumo toxicómano

Si bien se han nombrado anteriormente las diferentes estructuras a las que puede adjudicarse a la adicción y a la recaída en la misma, es necesario identificar las causas del retorno del goce de la adicción. En primera instancia, se analizarán diferentes causalidades expuestas desde la teoría psicoanalítica. Entre estas, los primeros aportes freudianos sobre el consumo toxicómano y las perturbaciones emocionales.

Aportes freudianos sobre la recaída del consumo toxicómano

Afecciones emocionales como causa del consumo toxicómano

Los primeros aportes de Sigmund Freud acerca de las drogas se relacionan en sus estudios sobre la cocaína y los diferentes efectos positivos que tenían en el tratamiento de otras adicciones como la morfina y el alcoholismo. Cabe recalcar, estos escritos sobre la cocaína estaban enfocados en el tratamiento médico, no en la terapia psicoanalítica. No obstante, evidencian los primeros estudios sobre el consumo de la droga en el aparato psíquico. Freud realiza las primeras correlaciones sobre los efectos de la cocaína en psicoafecciones dolorosas. En sus hallazgos, Freud destaca que “el dolor puede verse aliviado a través de un tóxico” (Freud, 1884). López interpreta este resultado que obtiene Freud desde la droga como una barrera que le permite al sujeto limitar el dolor que tiene, mientras que al mismo tiempo no le permite alcanzar un goce (López, 2007, citado por Blanco, 2016). La relación entre el goce y la recaída en la toxicomanía será exployada más adelante.

Por otro lado, Freud trabaja en su libro *Malestar a la cultura* los primeros encuentros del sujeto con las insatisfacciones y limitaciones causadas por las normativas sociales. A partir de esto, López (2007) trabaja alrededor de “la panacea de existencia o también llamado el alivio para el dolor de existir”. Este dolor hace referencia al uso de drogas como una manera de buscar aliviar este dolor que Freud menciona se encuentra inherente en el sujeto. Esto se sostiene a través de lo mencionado anteriormente sobre el tóxico como una respuesta ante las nuevas

demandas sociales del consumismo, por lo que, al haber nuevas normativas impuestas por la sociedad, el sujeto busca nuevas vías de escape ante las insatisfacciones que estas puedan provocarle. Esto último puede relacionarse también con las insatisfacciones sexuales por la represión social del sexo, etiquetado como un tabú.

Disfunciones o insatisfacciones sexuales como causa del consumo y recaída

En relación con las disfunciones o insatisfacciones sexuales y las adicciones, Freud recorre en un epitafio la analogía de la masturbación con las adicciones. En donde dispone que la masturbación “cuando deviene compulsivo, conserva una llamativa infinidad con el acto adictivo cualquiera que sea” (López, 2007, p. 21). En esta analogía, no hay que precipitarse a pensar que todo acto masturbatorio resultará en una adicción, sino más bien, que todo acto compulsivo puede resultar en tanto una adicción para el sujeto.

Desde la comprensión de los actos compulsivos como una manera de descarga del inconsciente sobre los pensamientos intrusivos, la adicción funcionaría de la misma manera: como un impulso o conducta que permita la descarga del contenido inconsciente, el cual estaría causando tensión en el aparato psíquico del sujeto. Por lo que, siguiendo esta metáfora, podría entenderse a la adicción y a su recaída como una búsqueda de aquel goce compulsivo y sin César.

Desde el ámbito sexual, “Freud plantea que el consumo del tóxico busca suplantar la falta de un goce sexual” (Blanco, 2016). Esto López (2007) lo relacionaría en tanto a “ley de la satisfacción que sigue el inconsciente, en tanto un modo de suplir el goce sería a través de otro modo de goce, o también lo que se llamaría en el plus de goce”. Por lo que, en vista de una posible insatisfacción al nivel del goce sexual, el tóxico aparecería como una manera de suplir dicha insatisfacción. Y siguiendo la lógica de la conducta compulsiva, esta se referiría al consumo de dicho tóxico como reemplazo de modo de goza anterior. Esto provocaría que dicho consumo se establecería en una adicción, por el mismo hecho de que al ser un nuevo modo de satisfacción del sujeto, la repetición de dicha conducta además de los componentes adictivos de la sustancia, lo volverían dependiente al tóxico.

Esto podría explicarse de la misma manera en la recaída, desde la lógica del plus-de-goce en tanto el sujeto no abandonará ni se arriesgará a perder un objeto que le causa satisfacción hasta no encontrar otro del cual gozar de la misma manera. Esto puede verse simplificado en aquellos sujetos que eran adictos al alcohol, y que, en pro de buscar un nuevo objeto para descargar la pulsión, llegaron a depender de nuevas sustancias como el tabaco o la cafeína. A pesar de que la recaída, desde el punto de vista en la psicología general hace alusión al consumo del mismo tóxico después de un período de abstinencia; desde el psicoanálisis, se podría hacer referencia no solo a una recaída, sino a un traspaso de la misma dinámica del sujeto y el tóxico, solo que de una droga a otra. Esto debido a que la dinámica de la recaída desde el ámbito psicoanalítico puede complementarse como la misma lógica del goce Otro. Esto último será profundizado en el acápite *el goce en la recaída*.

Aportes lacanianos sobre la recaída en el consumo toxicómano

A comparación de Freud, Lacan no trabajó con drogas, y menos en relación con el concepto de toxicomanías, sin embargo, permitió plantear diferentes dinámicas alrededor de las toxicomanías, teniendo en cuenta el trauma que se podían dar en las primeras interacciones del sujeto. Esto sí puede ser similar al trabajo de Freud, en tanto propone como la interacción del sujeto con la conducta masturbatoria puede asemejarse con una conducta compulsiva, similar a la adicción. No obstante, Lacan lo trabajó más desde el destete y la reacción del sujeto a este como traumática.

Si bien se ha elaborado en el psicoanálisis que las transcripciones de lo traumático no se refieren únicamente a vivencias que son socialmente concebidas como atroces, basta únicamente que sea un acontecimiento imprevisible y que el sujeto se vea incapacitado de controlar – además de los afectos que pueden quedar inscritos en el inconsciente – para que un evento que puede ser considerado como parte de la vida cotidiana, se vuelva traumático para el sujeto. En este caso, Lacan explica el acontecimiento del destete como algo que el sujeto puede vivenciar como traumático.

El destete puede ser considerado traumático para el sujeto, en tanto se ve desligado de un lugar de protección y seguridad – asociado con la imagen base del inconsciente – para ser expuesto a un mundo externo en el que no se ve completamente inmerso aún. (Blanco, 2016)

Así, Lacan explica que la búsqueda de este objeto caído a partir del destete definiría posteriormente ciertas dependencias orales, entre ellas las toxicomanías. Siguiendo esta misma línea, López (2007) atribuye “este primer momento del destete como un tipo de asociación retroactiva, en donde el destete sería el primer momento de vulnerabilidad del sujeto ante el entorno, mientras que, la segunda indefensión sería ante la separación del sujeto con el tóxico” (p. 41).

Por lo tanto, se respaldaría la dinámica de compulsión de consumo del tóxico en la recaída, tomada desde la lectura lacaniana de López, como una manera del sujeto de rechazar la posibilidad de significación del destete para no significar el encuentro con su falta. No obstante, Blanco (2015) indica que estas primeras observaciones lacanianas acerca de las toxicomanías se dieron antes de las teorizaciones alrededor de la significación simbólica y de los registros, por lo tanto, puede resultar un poco mecanicista a comparación de las últimas enseñanzas lacanianas. Sin embargo, son necesarias de exponer con la finalidad de ampliar los diferentes panoramas sobre las posibles dinámicas del sujeto en recaída con el tóxico.

La recaída como síntoma

Si bien se ha denominado a la recaída desde las aportaciones de Freud como un modelo que sigue la lógica del plus-de-goce, también puede visualizarse a la recaída desde la transacción del síntoma. Desde las primeras anotaciones freudianas sobre el síntoma en la teorización en Inhibición, síntoma y angustia, este concepto se define como el resultado de la represión de la angustia, la cual puede verse representada de diferentes formas. Posteriormente, Lacan al establecer la dinámica del síntoma alrededor de la respuesta del fantasma del sujeto, en tanto significa un representante de la falta.

En la pubertad, puede aplicarse esta misma lógica teniendo como ejemplos la anorexia o la relación no-sexual como síntomas de la adolescencia, en tanto ambas corresponde al saber-hacer del sujeto en torno al encuentro con una falta no simbolizada, sin que esto responda necesariamente a una forclusión. Más bien, funcionarían desde el estatuto de representantes del síntoma.

De igual manera, el consumo del tóxico responde al alivio del malestar, a su vez que emplea la función de obturar una falta en-pro de significarla o darle una

representación. Por lo tanto, el consumo del tóxico puede funcionar como representante de la significación a la falta, si se sigue la lógica del síntoma. No obstante, aquí solo se hace referencia al consumo, no a la adicción. Como se ha mencionado anteriormente, la adicción se ve envuelta en la búsqueda compulsiva del mismo objeto para satisfacer al sujeto, pero este puede verse entregado a una identificación con el objeto a, que sería el tóxico, en tanto le brinda placer y goce al sujeto.

Retomando la relación entre el consumo, la droga y el síntoma, Salamone (2014) se referirá a la droga como un síntoma desde las nuevas lecturas lacanianas. En tanto “no es un síntoma en el sentido metafórico, no es un significante que guarda relación con otro reprimido (...) responde al autismo contemporáneo” (p. 64). Esto puede verse respaldado a través de una lógica en donde el autista se substrahe de un solo significante para hacer uso de ese desde las conductas repetitivas – que pueden ser consideradas a su vez compulsivas – y obtener placer de este sin relacionarse con el Otro. Cabe recalcar, que este modo de goce autista en la adicción no despoja a la droga de su sentido del síntoma.

Más bien Salamone (2014) reintegra la interpretación de Miller sobre el síntoma en donde lo emparenta con el fantasma, en donde la droga o el consumo de la misma, representaría la respuesta del sujeto para establecer una relación con el Otro. Esto puede verse un poco contradictorio teniendo en cuenta la comparación anterior del modo de goce autista entre el sujeto y la droga, pero ambas afirmaciones pueden coexistir teniendo en cuenta lo siguiente:

Si bien el sujeto puede establecerse en la adicción haciendo uso de este objeto desde una modalidad que responde al goce autista – el uso de un objeto que representa un significante del cual se hará uso para no relacionarse con el Otro – esto no desmantela la idea del uso de la droga como una manera de responder a ese mismo Otro. Es decir, el sujeto busca la droga y hace uso de ella para responder al Otro según las lecturas lacanianas; lo cual no carece de sentido frente a la dinámica de la droga como una panacea para vivir del sujeto; ya que, al disponer de la droga para responder al Otro, también obtura esa falta que causa esa respuesta que refleja la falta del Otro y la misma.

No obstante, se podría establecer que la funcionalidad del objeto-droga cambia una vez que deja de funcionar solamente como un modo de respuesta y empieza a ser la respuesta para el sujeto. Es decir, al mismo tiempo que le brinda una solución a la falta dentro de la interacción con el Otro y que refleja la propia falta del sujeto, la droga empieza a sustituir al propio sujeto al obnubilar la falta del Otro y la del sujeto. De esta manera, ambas modalidades de deseo y respuesta coexisten.

De igual manera, la modalidad de goce autista que trae a colación Salamone remarca la funcionalidad y el camino de la recaída como un síntoma. Siguiendo la línea del goce autista, y del uso de la droga para responder al Otro; en el momento en que el sujeto intenta reposicionarse dentro de la significación desde la falta, el único objeto de plus-de-goce del que se vio provisto para responder a esa falta era la droga. Por lo tanto, en el punto de encuentro del sujeto con la falta durante el tiempo de abstinencia, la recaída aparecerá como un síntoma del intento de significación de su propia falta. A partir de aquí, se retomaría entonces la modalidad de goce autista, en donde el sujeto hace uso de este significante único que lo sostiene, que sería el tóxico.

Teniendo en cuenta las teorizaciones trabajadas alrededor de la modalidad de goce en la adicción, es necesario analizar la presentación de la toxicomanía. No como un síntoma, sino como un goce sin límites.

El goce en la recaída

Anteriormente, se estableció la relación entre el goce y el tóxico, además de la relación entre el goce y la adicción. En este acápite, se analizará la relación entre el goce del estrago y la recaída. Como se mencionó previamente, la recaída puede llegar a funcionar como un intento de resignificación de la falta en el sujeto. No obstante, esta resignificación puede ver obstaculizada por el plus-de-goce que el tóxico provee. Si bien, en el siguiente extracto Salamone trabajaba la posición de la droga como síntoma, este epitafio refleja la relación que habría en el goce y la recaída en el tóxico: “prescinde de una relación al Otro, es estragante debido a que no permite una contabilidad del goce” (Salamone, 2014, p. 64).

A partir de esto, se puede entender el goce sin límites que habría en el encuentro del sujeto con la droga, y la dificultad que vive este al momento de empezar un período de abstinencia del tóxico. No obstante, al desarrollarse una significación en esta

abstinencia, en donde posteriormente se daría la recaída, se interpretaría este como un goce recortado, en tanto se intenta volver a establecer límites y una regulación a este goce sin límites.

No obstante, una pregunta que puede formularse a partir de esta teorización es: ¿cómo se podría establecer entonces la relación entre un goce estrago en la recaída si se intenta coartar a partir de la significación? En este caso, primero debe reconocerse al goce estrago desde sus inicios, como la personificación del goce en la relación madre-hija. Esto en tanto en el complejo edípico, la niña al no verse amenazada por la castración – porque ya se encuentra castrada – no teme ante las consecuencias de este goce abrasador de la madre en el que se ve envuelta. Desde este ángulo, las similitudes entre el goce sin límites de la droga y el goce estrago se alinean en tanto no hay algo que separe al sujeto del goce. En el caso del goce en la recaída, este también se vive insoportable, ya que el sujeto retoma las riendas de un goce recortado que intenta volver a ponerse en movimiento.

En otras palabras, Salomone en *El silencio de las drogas*, hace alusión a un caso que trabaja con un goce estancado, que refleja el estrago de la relación madre-hija y como esto puede influenciar en la entrega del deseo del sujeto a un tóxico para deshacerse del deseo del Otro.

El goce del adicto que pasa del consumo a la abstinencia es similar. Esto en tanto ese goce que se ve limitado por las propias significaciones del sujeto, se encuentra estancado, el individuo ya no sabe cómo interactuar con ese goce que no es real, que no representa a un todo. Por lo que, se vive como un goce insoportable, aquel goce limitado, mientras que, aquel goce que se rige sin límites, se vuelve la zona de confort del sujeto; dejando de lado las limitaciones y las significaciones.

Este goce en las recaídas funciona paradójicamente en los adictos. Si bien, se busca que a partir de las significaciones haya una limitación en un goce donde el sujeto parece verse identificado con el objeto a, cualquier otra cosa que lo refleje a su falta, le parecerá insoportable y renunciará a ella. Por lo tanto, la respuesta a la pregunta anteriormente planteada sobre la relación entre un goce de estrago y un goce recortado en la recaída, podría decirse que es una relación inversamente proporcional.

Es decir, desde las teorizaciones del goce estrago como un goce que se vuelve insoportable para el sujeto porque es abismal; para el adicto, el goce recortado – que se ha nombrado aquí como aquel goce limitado o significado – se vuelve insoportable, por lo que sucumbe a la recaída. En otras palabras, entre más goce estrago, goce sin límites que le provee la droga al sujeto, menos angustia ante el encuentro con la falta y una mayor identificación con el objeto a. Mientras que, entre más goce limitado, más angustia por la posible resignificación de la falta.

La recaída: ¿Imposibilidad de cura?

A lo largo de esta investigación, se han analizado las diferentes modalidades de goce del adicto, además de las posibles estructuras en las que puede encontrarse, resultando en la posibilidad de una nueva posición o estructura clínica, en tanto no se acopla a la respuesta fantasmal de las otras estructuras. Esto, desde el ámbito de la clínica, puede parecer un poco desolador en relación con los posibles tratamientos en los que puede concurrir dicha problemática.

Anteriormente, se abordó la comparación entre el tratamiento clásico de los 12 pasos como una guía para sobrellevar la adicción con la posibilidad del abordaje psicoanalítico en pacientes que presenten una adicción a algún toxicómano. Más allá de los posibles abordajes que pudieran realizarse, el panorama de la aparición de una recaída en el tratamiento es inevitable. A pesar de que hay situaciones esporádicas en las que sujetos han renunciado de un día para el otro a sus adicciones, esto puede deberse a lo que se denominó anteriormente como un reemplazo de ese tóxico por otro, la sustitución de esa satisfacción por otra. No obstante, en este capítulo, se busca analizar la inminencia de la recaída, no como un obstáculo, sino como parte de la clínica en el abordaje de las toxicomanías, desde el punto de vista psicoanalítico.

La recaída como defensa

Si bien la propuesta teórica de la recaída como defensa suena contradictoria a todo lo que se ha establecido anteriormente, es necesario tener en cuenta como la recaída aparece a través del encuentro de lo insostenible y angustiante por el sujeto. Salamone (2014) establece la posibilidad de la toxicomanía como una defensa frente al goce de lo real. Haciendo referencia a Mauricio Tarrab:

Allí presentaba a la droga en un sentido freudiano, como un remedio, una muleta frente a lo imposible. Hay una función de la droga que no está vinculada al exceso, sino que le permite al sujeto tolerar lo imposible de soportar. (Salamone, 2014, p. 37)

En este prefacio, si bien se especifica alrededor de las primeras puntualizaciones de Freud en tanto el uso de una droga para salvaguardar la adicción de otra, no quita la importancia de reconocer como el tóxico es una respuesta del sujeto para soportar lo insoportable. Cabe recalcar, que no se busca romantizar el uso de las drogas como formas de escapismo o de defensa frente a las insatisfacciones del sujeto. Si no, entender la relación y la búsqueda continua del sujeto en la droga frente a sus insatisfacciones.

Por lo que, al tener en cuenta a la insatisfacción o a la tensión psíquica causadas por insatisfacciones del sujeto, la angustia aparecerá y pondrá al sujeto en una posición de inestabilidad. Esto permitirá que la instancia psíquica del yo recurra a ciertos mecanismos de defensa dentro de sus posibilidades que le permitan reestablecer el equilibrio en el aparato psíquico. En la recaída, se establecería de la misma forma.

Teniendo en cuenta que la recaída se da a partir de un período de abstinencia donde el sujeto se desencuentra de este goce y placer que obnubila sus insatisfacciones, este se verá angustiado frente al reencuentro con su falta, lo que predispondría al sujeto a recurrir nuevamente a ese objeto que le permita restablecer la estabilidad del aparato psíquico.

Si bien, la adicción no representa un estado de equilibrio, se vuelve una condición en la que el sujeto se desentiende de la tensión. Por lo que, al mínimo encuentro que pase el umbral de la tensión mínima para el sujeto, este se podrá ver ante la posible situación de una recaída.

En el ámbito clínico, esto no debe establecerse como un impedimento al momento de abordar a pacientes con adicciones. No obstante, es una observación para tener en cuenta al momento de reasignar o entender qué puntos de encuentro tiene el sujeto que lo desequilibren y cómo reincorporarlo a la cadena significativa paso a paso. Además, no es necesario edificar todo un plan para interpretar la defensa, ya que Salomone (2014) indica que no se busca la interpretación de la defensa, que en este

caso sería la toxicomanía como síntoma, sino perturbarla para que se desarme, y poder así trabajar con la otra cara del síntoma: la de representación.

La recaída como un reinicio en la adicción

Es menester emplear una diferenciación entre los contenidos que pueden encontrarse en relación con la recaída y al inicio de una toxicomanía. Si bien pueden establecerse como un punto de partida similar, hay que tener en cuenta que funcionan bajo modalidades diferentes.

Como se mencionó anteriormente, a primera vista puede resultar contradictorio la dinámica compulsiva de la neurosis en acompañamiento con un goce autista. No obstante, la transmutación entre ambas formas de desenvolvimiento del sujeto con el objeto droga permite diferenciar estos puntos en la lógica del abordaje.

En un inicio, cuando el sujeto apenas está empezando en la adicción, se sostendrá primero esta conducta compulsiva para soslayar las insatisfacciones del sujeto. No obstante, en el momento en que se predisponga la abstinencia - que podría hacer referencia también a este silencio de las drogas que Salamone edifica – el sujeto queda suspendido en un vacío de significación, que no representa nada para él, un desentendimiento completo del Otro y de sí mismo. Por lo que, aquí, a pesar de la transmutación vivida en el primer momento de la adicción de la conducta compulsiva a un modelo de goce autista; en la recaída, el sujeto no se predispondrá desde el inicio a una conducta compulsiva, sino que tomará el único objeto con el que puede relacionarse en ese momento – que será la droga – y recaerá.

A partir de este dimensionamiento, la diferencia entre ambos puntos sirve para tener en cuenta la posibilidad de abordaje, sabiendo la manera de goce por la que está pasando el sujeto en ese momento.

Causas generales de la recaída

Al hablar de recaída es indicar que el sujeto ha regresado a conductas y pensamientos que ya se habían tratado, pero quizá no trabajado de fondo. Si bien podríamos decir que la recaída podría formar parte del proceso de recuperación, la reincidencia en recaer una y otra vez ya forma parte del proceso terapéutico. Pereira (2017) nos habla sobre la línea del no retorno en el cual:

Existe una línea imaginaria o frecuentemente conocida como línea de no retorno de la cual no es posible detener la conducta de búsqueda de sustancias y, por tanto, su uso es inminente. No obstante, en la zona de transición entre la línea de no retorno y el uso la recaída es principalmente conductual, sin que se haya dado aún el uso

Si bien, las recaídas suelen ser comunes en aquellas personas que reciben un tratamiento por adicciones, es importante distinguir los patrones bajo los cuales se dan las recaídas. Desde el punto de vista psicológico general, la recaída es entendida como “la consecuencia que experimenta una persona al exponerse ante una situación de riesgo sin ser capaz de responder con las estrategias adecuadas de afrontamiento para garantizar el mantenimiento de su abstinencia” (Marlatt y Gordon, 1985, citado por Blanco y Jiménez, 2015, p. 148). Por lo tanto, puede partirse desde esta definición para esclarecer que la recaída se sitúa desde la posición en la que el sujeto se expone.

Desde el punto de vista psicoanalítico, este primer acercamiento de la definición de recaída propondría que el sujeto sigue direccionándose o exponiéndose ante este goce sin límites para no mantener su abstinencia.

Los factores que pueden incidir en la recaída a una sustancia se relacionan en cuanto al proceso y factores que influyen en que el sujeto se adhiera al tratamiento. Por ejemplo, aquellos factores que influyen en el proceso de recaída son variables psicosociales, factores emocionales negativos, el funcionamiento familiar y la autoeficacia (Useche et al, 2017). Mientras que la presión social, el estrés y baja autoestima son factores que influyen en que el paciente se adhiera al tratamiento a la adicción.

El estrés como causa de la recaída

En un estudio realizado por Useche et al. (2017) se asoció al estrés con la recaída. Explican que esto puede darse porque las zonas cerebrales relacionadas con el placer, al encontrarse en una situación de estrés, se activan. Esto provoca el consumo del tóxico o droga que el sujeto buscó en un inicio para dissociarse del displacer, aunque sea de manera momentánea. Esto se asociaría con la teoría que Freud trabaja en relación con la droga como una panacea ante los malestares emocionales, en donde el tóxico funciona como una búsqueda de placer momentáneo. No obstante, ante el

retorno del displacer, este se vuelve aún más insoportable, lo que explicaría de por sí la adicción. Pero, al tener en cuenta que un adicto en situaciones de estrés reconoce ese displacer insoportable, ante la falta de recursos – ya sean recursos simbólicos o imaginarios – retornará al único recurso de lo real que tiene: el tóxico. Por lo tanto, la exposición a situaciones de estrés son un factor importante en la causa de las recaídas.

La (re) caída de los ideales familiares como factor de la recaída

El apoyo social ha mostrado ser otro órgano importante en el mantenimiento del tratamiento a los pacientes con adicciones. Si bien esto se sostiene a partir de las terapias grupales en donde se establecen relaciones interpersonales, desde el punto de vista psicoanalítico, el vínculo con un Otro, desde las primeras interacciones del sujeto con la madre, e incluso durante el estadio del Espejo, el Otro aparece como una figura que prevalece y le brinda al sujeto un sostén. Esto puede relacionarse con la Imagen Inconsciente del Sujeto, que hace referencia Nasio cuando explica la importancia del Otro en la formación de la estructura y la forma del sujeto – tanto imaginaria como simbólicamente –. Por lo que, la carencia de apoyo social o el aislamiento en que él vive el sujeto puede verse como un factor importante en la recaída. Desde el punto de vista psicoanalítico, teniendo en cuenta que el sujeto rompe su vínculo con el Otro durante la adicción, estos encuentros y desencuentros que hay por los ideales (re) caídos del yo impuestos por sus familiares propician una recaída del sujeto en el tóxico para desentenderse de estas faltas en el lenguaje. Cabe recalcar que se habla sobre (re)caídas de los ideales del yo impuestos por las figuras paternas del sujeto, debido a que a partir de los cambios que se viven durante la adolescencia y en el punto en que el infante deja de responder a los sueños y deseos de los padres, cae este ideal del yo. Pero, a partir de la adicción y de la ruptura del vínculo del sujeto con el Otro, se da esta (re)caída del ideal del yo, de esta imagen del “hijo perfecto” o “his majesty baby” a un ser con faltas.

Relaciones interpersonales como causa de la recaída

En las relaciones de pareja suelen existir características como la dependencia emocional, los celos, ansiedad por ruptura, empatía, deseo sexual y deseo emocional. Pero toda adicción afecta negativamente, ya que se pierde el lado afectivo. El tóxico suele causar alteraciones en la conducta y el sujeto empieza a perder una de las

características ya mencionada, la empatía. Sus emociones suelen transformarse la mayor parte del tiempo en enojo y, por lo tanto, se tornan agresivos. Las parejas suelen callar y mantenerse a un lado de esa adicción con tal de seguir manteniendo la relación, a eso se le denomina codependencia.

Los sujetos toxicómanos que llevan a cabo paso a paso su tratamiento y vuelven a integrarse a la sociedad suelen tropezarse con las relaciones sentimentales, ya que se vuelve incierto si la pareja en todo el tiempo que estuvo aislado mantiene los mismos sentimientos. Es importante destacar que la pareja debe tener conocimiento de la evolución del sujeto y de los comportamientos adquiridos en su tratamiento, se espera comúnmente que sea una nueva persona, que no vuelva a consumir y ejerce demanda sobre ellos, etc. Entonces el sujeto suele entrar en crisis por la presión que ejerce la pareja y puede abrir paso a la recaída.

Capítulo 4

Metodología

Enfoque

El enfoque utilizado en esta investigación es cualitativo. Este tipo de enfoque se caracteriza en la profundización del tópico, siendo su objetivo “comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados” (Hernández, 2010, p. 364). Por lo que, este enfoque es ideal para analizar de manera profunda de las experiencias y los fenómenos abordados en el marco teórico alrededor de las recaídas del consumo toxicómano.

Paradigma/Modelo

El paradigma funciona como un modelo bajo el que se sustenta el corpus teórico, por lo que, teniendo en cuenta que el enfoque de la presente investigación es cualitativo y este trabaja alrededor de los fenómenos y las experiencias de los sujetos y de las situaciones a estudiar, el modelo ideal para este estudio es el paradigma fenomenológico hermenéutico. Este diseño fenomenológico se enfoca en “las experiencias individuales subjetivas de los participantes” (Hernández, 2010, p. 515). Por lo que, este tipo de diseño permitirá realizar un análisis profundo de los discursos y de las experiencias de los temas específicos abordados en el marco teórico.

Método

El método utilizado para esta investigación es el método deductivo, el cual se basa en la lógica intrínseca del ser humano que permite pasar de hechos generales a un tema específico. Es decir, los principios generales de un tema en específico se aplican a contextos particulares, esto con su previa validación de que estos principios pueden ser reproducibles a situaciones individuales (Bernal Torres, 2006, citado por, Prieto, 2017).

Técnicas

Las técnicas utilizadas en esta investigación son la revisión de literatura y revisión de información documentada. Ambas se definen como técnicas de recolección y análisis de información. Estas técnicas son útiles dentro de la investigación cualitativa porque permiten desarrollar conceptos claves necesarios para la construcción del marco teórico, al mismo tiempo que permite conocer diferentes planteamientos en torno al objeto de investigación, en este caso las recaídas del consumo toxicómano (Hernández, 2010, p. 370). Si bien el uso de la revisión literaria sirve como un apoyo al inicio de la investigación, a través de la revisión de información documentada consiste en “ayuda en la construcción del conocimiento, amplia los constructos hipotéticos de los investigadores y como enriquece su vocabulario para interpretar la realidad de otras personas desde su disciplina, constituyendo elemento para la realización de procesos investigativos” (Gómez et al., 2017, p. 55). Por esta razón, es implementada en este trabajo investigativo se realizan las interpretaciones y contrastes necesarios con la información recolectada en la literatura previamente consultada.

Instrumentos

El instrumento predilecto para esta investigación, teniendo en cuenta que se trabajarán con las experiencias individuales y los fenómenos que se incorporan a lo largo de un contexto, es la entrevista. El tipo de entrevista en el formato cualitativo es más flexible, íntima y abierta, en donde se logra una comunicación que construye los significados respecto a una temática en específico (Hernández, 2010, p. 418). En este caso, las entrevistas utilizadas en este estudio es la entrevista semiestructurada, ya que “las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información”. (Hernández, 2010, p. 407).

Población

En base a la experiencia de las prácticas pre-profesionales se tiene a nuestra disposición alrededor de 58 pacientes, de los cuales se hizo una previa selección que va acorde a nuestra línea de investigación. Dentro de los 58 mencionados, cuatro pacientes cumplen con los requisitos para nuestro trabajo, tienen alrededor de 21 a 35

años y han tenido una recaída al consumo al culminar su tratamiento en la clínica de rehabilitación.

Así mismo la clínica tiene a su disposición cuatro psicólogos que brindan atención a los pacientes, por lo cual para este trabajo se realizó la entrevista a tres psicólogos de la clínica y una psicóloga externa que tiene conocimientos de personas con consumo toxicómano. Desde sus conocimientos y experiencias atendiendo a personas con consumo han podido aportar información importante para la investigación de cómo se trabaja estos patrones conductuales en pacientes que haya recaído.

Si bien la población hace referencia al universo completo del que se está estudiando, que en este caso serían todos aquellos pacientes dentro del centro escogido para realizar la investigación, se ha realizado una muestra teórica para escoger una muestra representativa que estimarían aproximadamente los parámetros de dicha población. Las muestras teóricas contribuyen al desarrollo del entendimiento de un concepto o teoría, por lo que se han elegido las unidades o casos que permitan establecer una mayor comprensión de la teoría establecida (Hernández, 2010, p. 399). En este caso, el muestreo teórico que apoyaría a la contribución de esta investigación serían los casos de pacientes con adicciones que han sufrido de recaídas en la clínica.

De igual manera, en este trabajo se estableció el tipo de muestra de casos, en donde al ser un estudio con perspectiva fenomenológica, el objetivo de este muestreo es “la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización” (Hernández, 2010, p. 397). Por lo que, este tipo de muestreo permitirá trabajar con los casos escogidos en la muestra teórica para profundizar alrededor de la temática de las recaídas en las adicciones.

Capítulo 5

Presentación y análisis de resultados

A través de las entrevistas semiestructuradas que se aplicó a los profesionales y pacientes de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer” se analizará los resultados obtenidos de las entrevistas con la finalidad de esquematizar y encontrar similitudes en las respuestas de las entrevistas que se relacione con las causas de la recaída del consumo toxicómano con las respuestas de las entrevistas.

Análisis de resultados de las entrevistas

Instrumento aplicado a los profesionales y pacientes: Entrevistas semiestructuradas

Explicación: Las entrevistas semiestructuradas está distribuida en dos partes, en la primera parte son las preguntas que están dirigidas a los profesionales que consta de cinco preguntas (**Tabla 1**). En la segunda parte, las preguntas están orientadas para los pacientes, por lo cual, también presentan cinco preguntas (**Tabla 2**).

Esquematización

Tabla 1

Entrevista aplicada a los profesionales

Entrevistas semiestructuradas - Resultado por profesionales	
1. ¿Qué es para usted la recaída del consumo toxicómano?	
Psicólogo G	El consumo de drogas sólidas y líquidas, todas en conjunto.
Psicóloga J	Básicamente, la recaída no es el volver a consumir drogas. [...] porque ya el volver a consumir en sí la droga, el alcohol o las drogas sólidas es ya lo último que hacen, pero ellos ya tienen estos patrones y conductas que lo llevan al camino de consumir, entonces únicamente no es volver a consumir cualquier tipo de drogas o ingerir alcohol, sino volver a seguir los pasos o conductas que están identificadas como algo no acorde para este tipo de personas.
Psicóloga N	Se lo puede catalogar como un tropiezo o como una caída en

	el proceso del paciente, dado que, por cualquier tipo, situación estresante o ansiógena, malestar o situación conflictiva, la paciente sede al consumo de tóxico para apaciguar lo que está sintiendo.
Psicólogo C	La recaída no sólo implica volver a consumir, yo pienso que una recaída también implica a retornar a una manera de pensar que se usaba en consumo.
2. ¿Cuáles son las situaciones de riesgo que producen un retorno a los patrones de pensamiento y conductas típicas de las adicciones?	
Psicólogo G	Están los comunicacionales que es la familia, lo sociales que corresponde a las viejas amistades y la tecnología porque no potencia la autoestima.
Psicóloga J	Hay diferentes situaciones de riesgo y eso va a variar de acuerdo con el contexto social, familiar de cada uno y tomando todo en cuenta esto es muy difícil poder identificarlos de manera general, se puede hacer de manera global, por ejemplo, las situaciones de riesgo para mí son las familiares, sociales y en sí las sentimentales y emocionales que influyen la pareja, noviazgo etc.
Psicóloga N	Las situaciones de riesgo se pueden catalogar todos esos conflictos que se generan en el ámbito familiar, laboral, social y afectivo que el paciente puede experimentar. Por ejemplo, en el ámbito familiar que el paciente tenga conflictos con sus padres o su esposa, en el laboral puede ser que no esté satisfecho con su trabajo, etc. Son situaciones que va a generar quejas al y puede desencadenar este malestar que el paciente va a querer manejarlo a través del consumo del tóxico para apaciguar y que no le genere estrés.
Psicólogo C	Son las expectativas, esperanzas, ideales que los pacientes tienen, que son muy falsos y muchas veces muy fantasiosos al momento de enfrentarse a la realidad, colapsan, se quedan sin recursos y recurren a lo que conocen... las drogas.
3. ¿Cómo opera el toxicómano frente al deseo de consumir?	
Psicólogo G	Depende, si no recibe un tratamiento no operará de ninguna manera, si hay un buen tratamiento la operación que va a hacer es buscar las redes de apoyo, grupos, psicólogos, clínica de rehabilitación, iglesia, padrino, un consejo familiar. Pero si no ha tenido un previo entrenamiento, no va a tener una metodología.
Psicóloga J	Básicamente y con la poca experiencia que tengo, cuando existe este deseo de consumo, emplean diferentes técnicas, ya sea que las hayan aprendido en una terapia o centro de

	rehabilitación o ya sea que la hayan visto en otro lado o en grupos vivenciales, emplean diferentes mecanismos, la represión es uno de ellos, reprimen este deseo hasta que existe un detonante y vienen este tipo de recaídas
Psicóloga N	En primer lugar, ubicar a un paciente toxicómano que no ha pasado por un proceso de rehabilitación, esta persona va a ceder ante el consumo, ya que la persona no ha adquirido algún tipo de recurso o herramienta que puede utilizar ante la ansiedad de consumir. Por otro lado, una persona que ha estado en proceso de rehabilitación si va a tener los recursos que utilizar para lidiar con dichas situaciones de deseo de consumo.
Psicólogo C	El paciente ante el deseo de consumir, muchas veces ceden ante este deseo porque la respuesta que entrega el tóxico hacia el sujeto es muy agradable, es de fácil acceso, es única, el deseo de consumir genera angustia e intranquilidad en la persona.
4. ¿Qué tratamientos o técnicas/métodos, utiliza para los pacientes con consumo toxicómano?	
Psicólogo Galo Cedeño Delgado	El enfoque cognitivo conductual trató de reestructurar su experiencia para que creen una nueva conducta.
Psicóloga J	Aquí por lo general se usa el tratamiento cognitivo conductual, pero también se puede usar una metodología ecléctica. Este método consiste en que los pacientes mediante su diálogo identifiquen estos patrones negativos para que ellos puedan discernir tanto lo que puedan ser de bien para ellos o no puedan ser de bien para ellos. No se usa ningún tipo de patrones por así decirlo como en cognitivo conductual que tienen una planificación, obviamente se trabaja con lo que trae el paciente, sin embargo, lo que se hace es direccionarlo hacia un fin que tenga esa cita. Pero ellos van identificando estos tipos de patrones negativos, donde ya lo van trabajando en las terapias vivencias y diferentes patrones.
Psicóloga N	La técnica que utilizo es la cognitiva conductual, ya que el paciente toxicómano viene el consumo, la sustancia ligada con un trastorno de conducta, la mayor parte viene con esta conducta antisocial o disocial, se rige mucho con la corriente cognitiva conductual en el cual aplicamos técnica como la terapia conductual emotiva, la de moldeado entre otras, que nos puede ayudar a moldear la conducta del paciente. Tratamos de corregir una conducta, pero también trabajamos estos malestares, todas estas quejas, más que nada ubicar el síntoma del paciente. Muchas veces el síntoma se encuentra en el ámbito familiar o personal, una vez que ubicamos el síntoma trabajamos con él.

Psicólogo C	En lo que refiere a la terapia individual usando como base el método psicoanalítico, se usa mucho la asociación libre. El paciente logra verbalizar aquello que no ha podido hacer hace 15 años, aquello que el tóxico tapa, que el paciente logre racionalizar su consumo. Muchas veces no tienen idea del porqué consumen, dicen solo para aliviar una angustia, hacerlo entender que eso no se va a ir, sino que es algo con lo que tiene que vivir, no tiene que consumir para llevarlo.
5. A partir de su experiencia profesional ¿qué espera del tratamiento la familia del sujeto con consumo toxicómano?	
Psicólogo G	La familia solo espera que deje de consumir, no le importa si cambia su conducta, esto pasa cuando la familia idealiza el consumo de drogas, solo lo ve desde el consumo, es decir que si lo deja el paciente funciona. Incluso los familiares dicen quiero verlo como era antes y se remite a 15 años atrás, entonces hay una total negación y eso parte desde un signo o síntoma de la coadición que tiene la familia hacia el paciente.
Psicóloga J	Lo de siempre que “Esté curado”. Muchas de las familias no entienden que esta es una condición que va a llevar toda su vida y que una persona adicta siempre va a ser adicta. Recordamos que todas las personas somos adictas a ciertas cosas, como, por ejemplo: al trabajo, videojuegos, comer, al sexo, a fumar, alcohol, etc. [...] Ahora la familia ve que las adicciones es una enfermedad que va a tener cura, [...] Entonces lo que espera es que se cure y lo viable es que cuando un paciente entra a un proceso de rehabilitación, la familia también entra a un proceso de rehabilitación para que la coadición no les afecte y con pasar de las intervenciones se puede dar cambios para evitar ciertos factores de riesgos mencionados anteriormente.
Psicóloga N	Dentro de mis pacientes o los familiares tienen expectativas muy altas, suelen adquirir un concepto erróneo en el que creen que el paciente cuando salen es como si volvieran a nacer, como si fueran personas nuevas y no, son los mismos chicos que salen con herramientas de cómo afrontar dichas situaciones estresantes. En muchas ocasiones estas expectativas altas ejercen presión en el paciente, por ejemplo, regresar de nuevo al trabajo.
Psicólogo C	Bueno, obviamente la familia va a esperar una cura, una posible cura, una respuesta más que nada, a que paso, porque paso, de quien fue la culpa, eso es lo que la familia siempre va a esperar, alguien que le diga que hacer, como hacer, para que hacer, lamentablemente eso no es algo que se pueda decir, eso es algo que se va entrenando en la práctica, después de la clínica, el tratamiento psicológico, la familia debe buscar la

	<p>manera de controlar a su familiar, hijo, sobrino, nieto, tiene que buscar la manera de llevarlo y regularlo, eso no puede hacerlo un psicólogo [...] eso tiene que descubrir la familia [...] pero siempre al final va a ser decisión del paciente toxicómano como el de la familia, no es algo que se pueda resolver en la clínica, la clínica no va a curar eso, la clínica lo que va a dar o brindar es un tratamiento y un apoyo [...] la familia siempre va a buscar una cura, pero esa cura no existe como tal un método o reglas para curar, sino que es en la práctica, en el caso a caso.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 2

Entrevista aplicada a los pacientes

Entrevistas semiestructuradas - Resultado por Paciente	
1. ¿Qué es para usted la recaída?	
Paciente S	Para mí la recaída es algo emocionante porque siempre han sido planificadas, mis primeras recaídas fueron una ilusión por amor, recaía por la persona que en ese entonces estaba sentimentalmente.
Paciente R	Recién la experimentó por primera vez porque tuve casi 5 años sin consumir alcohol y drogas. Para mí recaer es volver a las viejas ideas que uno tiene.
Paciente J	Para mí la recaída es un proceso que ya viene desde muy antes, mientras tú no lo expresa se hace realidad. Yo mucho antes tenía ganas de consumir, pero por el miedo de que no me vayan a dejar salir no lo comunicaba. Pero la recaída, mientras tú puedas manifestarlo con alguien, yo creo que no llegas a ese punto.
Paciente N	Para mí es volver a drogarse, caerse solo en drogas.
2. ¿Cuáles son las causas que provocaron una recaída en usted?	
Paciente S	Mi novia, la soledad y las malas amistades.
Paciente R	Problemas con mi esposa, enfermedad, distanciamiento con mi familia, soledad, complicación en el trabajo debido a la pandemia y el fallecimiento de un ser querido.
Paciente J	Problemas con mi mujer, es la única que tengo aquí, ya que mi familia está en Chile, quería estar con mi mujer así consumiendo, pero no funciona, estoy solo. Hay tantas cosas

	que se me vienen a la cabeza como que me dejaron botaron, nadie viene a terapia o pregunta por mí, eso a mí me pone mal.
Paciente N	Mi familia y las prostitutas en eso giran mi recaída. Cuando yo salgo dependo mucho de mi familia, ellos me empiezan a dar todo y yo les cojo, entonces ahí me genera una excusa para no progresar en el proceso. También mi familia toma mucho alcohol y yo participo en las reuniones de ellos, no consumo en el momento solo los veo y como que se me queda grabado. Diría que la dependencia afectiva a mi familia, lo sexual y económica.
3. ¿Cómo se ha ido dando su proceso de tratamiento durante su recaída?	
Paciente S	En este proceso me he dedicado a estar callado, no hablar, antes me acuerdo de que exigía hablar con el psicólogo, pero esta vez no. He tomado esta postura, ya que no quiero ser intenso. Ser intenso para mi mamá es que yo ya esté mal y ser intenso en la clínica es sinónimo de estar entrando en ansiedad.
Paciente R	Lo que yo hice en este tratamiento fue oír, callar y meditar a diferencia de mi primer tratamiento. He sentido que me ha funcionado, también los psicólogos me han ayudado. Aprendí bastante en que debo tener cuidado no solo al alcohol que fue mi primer problema sino a todo.
Paciente J	El psicólogo Carlos ha dado lo que más ha podido, ha hecho su trabajo, simplemente yo no he querido tomar su sugerencia. Él ha logrado hacerme ver que soy una persona que me cierro mucho, que las cosas no se resuelven de esta manera, sino así, llevarlo con calma para ver si te funciona. Yo veo que se ha esmerado en mí.
Paciente N	Yo pienso que al principio no estuvo tan bien con mi psicólogo, lo termine detestando porque pensaba que le decía a mi mamá que no me traiga cosas. Podría decir que fue una relación ambivalente, pero si siento que me ha ayudado en algunas cosas.
4. ¿Cuáles fueron las expectativas de su familia en torno al tratamiento después de su recaída? ¿Considera que tuvo alguna relación con su recaída, si es así de qué modo?	
Paciente S	Mi mamá siempre me decía que yo tenía que hacer lo que ella me decía y no lo de la clínica, ellos viven de “yo no soy adicto para ellos” pero yo sé que soy adicto, no me gusta decir que soy adicto, prefiero la palabra drogadicto, siento que me estoy poniendo una etiqueta. Siento que no asimilan el tratamiento porque nunca vienen a las terapias familiares, creo que ellos también deberían recibir tratamiento porque son enfermos. Sería feliz si me dijera que mi mamá vino hablar con el

	psicólogo.
Paciente R	En el primer tratamiento estuvieron pendientes, todos los viernes venían a la terapia familiar, me enviaban cartas y barracas. Ahora no han asistido ningún día, tampoco se han puesto en contacto con la clínica, no sé nada de ellos.
Paciente J	Ellos siempre han querido lo mejor, quieren, yo sea la misma persona que antes, trabajador, pero siempre los decepciono al volver a consumir. Me ha generado presión porque yo también lo he querido hacer, pero nunca lo he logrado ser porque otra vez vuelvo al consumo. No he podido identificar por qué si yo muchas veces si tengo el deseo de seguir adelante por mi hijo, por mí.
Paciente N	Yo pienso que ellos, por un lado, si tenían expectativas altas de mí al decir que él va a salir bien y todo, pero a la vez también sentían desconfianza debido a los procesos tratamientos. Yo si siento que ellos si tienen dudas y desconfianza por no creer a simple vista en el tratamiento.
5. ¿Considera usted que hubo algo en el tratamiento que propicio su recaída? Sí - No ¿Por qué?	
Paciente S	Diría que fueron las mentiras, me decían que esta semana sería mi confrontación y nada. Me estuvieron haciendo eso hasta que cumplí los 9 meses, considero que eso no fue ni ético ni profesional y siempre lo he dicho. Sin embargo, en mis otros tratamientos pasé por diferentes psicólogos, pero con el último psicólogo sentí que él pudo llegar a mí. Me comprendido porque teníamos la misma edad, pude expresarme bastante. Nunca he llorado frente a un psicólogo, pero con él me toco llorar de las cosas que yo sentía. Me envió una tarea en el que escriba las cosas que me hacía sentir mal, era como un pequeño diario. Sentí un ambiente de confianza.
Paciente R	No, por parte de los psicólogos fue un buen tratamiento. Pero en el primer tratamiento había más personas dando terapia grupal y mantenía mi mente muy ocupada. Ahora siento que solo paso sentado en la sala y que no dan mucha terapia.
Paciente J	No, siempre hacen lo que más pueden. Con los psicólogos que me han tocado se han esmerado bastante y me hicieron entender muchas cosas.
Paciente N	No creo, pero algo que he podido identificar es que si a mí me dicen algo o prometen y no cumple me suelo enojar y decido no ir a las terapias.

Análisis de resultados de las entrevistas semiestructuradas a psicólogos clínicos

Tabla 3

Análisis de la entrevista aplicada a los profesionales

Interpretación - Entrevista a Profesionales	
1. ¿Qué es para usted la recaída del consumo toxicómano?	De acuerdo, al 3 de cada 4 (75%) profesionales, la recaída se deben a los patrones de conductas, situaciones estresantes, conflictivas, la forma de pensar cuando consumía el paciente. El 1 de cada 4 (25%) comenta que la recaída se debe al consumo de drogas sólidas y líquidas.
2. ¿Cuáles son las situaciones de riesgo que producen un retorno a los patrones de pensamiento y conductas típicas de las adicciones?	Se evidencia que 3 de cada 4 (75%) psicólogos comentan que las situaciones de riesgo se producen por lo social, familiar, laboral, emocional y/o sentimental. El 1 de 4 (25%) se debe a las expectativas, esperanzas e ideales que tiene el paciente.
3. ¿Cómo opera el toxicómano frente al deseo de consumir?	Según, 3 de cada 4 (75%) profesionales están de acuerdo en que, si no hay tratamiento, el deseo de consumir no opera de ninguna manera, ya que no tiene recursos para sobrellevar este deseo, pero que, si existe un tratamiento, el paciente buscará apoyo y tendrá herramientas y recursos para luchar contra el deseo de consumir.
4. ¿Qué tratamientos o técnicas/métodos, utiliza para los pacientes con consumo toxicómano?	El 3 de cada 4 (75%) de los psicólogos concuerdan que se utiliza el tratamiento cognitivo-conductual. Se plantea otra metodología de tratamiento que es la eclesiástica y la terapia individual vinculada al psicoanálisis.
5. A partir de su experiencia profesional ¿qué espera del tratamiento la familia del sujeto con consumo toxicómano?	El 4 de cada 4 (100%) expone que las familias esperan que estén curados, estos incluyen las expectativas altas que tiene la familiar y sobre todo que dejen de consumir. Además de las familias deben buscar la manera de regular y controlar al paciente cuando termine el tratamiento, para esto la familiar debe acercarse al sujeto y conocerlo.

Tabla 4

Interpretación de la entrevista aplicada a los pacientes

Interpretación - Entrevista a Pacientes	
1. ¿Qué es para usted la recaída?	Las respuestas en esta pregunta son variadas, por lo cual 1 de cada 4 (25%) pacientes responde que la recaída es algo emocionante y que se relaciona con una ilusión de amor. Por otro lado, 2 de cada 4 (50%) exponen que recaer es volver a drogarse o volver a las viejas ideas. Sin embargo, uno (25%) de los pacientes expreso miedo a no poder salir.
2. ¿Cuáles son las causas que provocaron una recaída en usted?	De acuerdo con las respuestas, 3 de cada 4 (75%) pacientes recaen debida a las siguientes causas: soledad, problemas con esposas o novias. Otra causa que se reflejaron en 2 de cada 4 (50%) pacientes, son problemas o distanciamiento familiar.
3. ¿Cómo se ha ido dando su proceso de tratamiento durante su recaída?	Según, 2 de 4 (50%) de los pacientes prefieren callar, no hablar e incluso uno (25%) de los pacientes responde meditar. El 1 de 4 (25%) menciona ser intenso y tener cuidado. Sin embargo, el 2 de cada 4 (50%) difieren, ya que uno de los pacientes no toma sugerencias y se cierra, por otro lado, existe una ambivalencia en la relación con el psicológico.
4. ¿Cuáles fueron las expectativas de su familia en torno al tratamiento después de su recaída? ¿Considera que tuvo alguna relación con su recaída, si es así de qué modo?	Se evidencia que el 3 de cada 4 (75%) pacientes responden que la familia tiene expectativas altas, mostraron interés y atención, quieren lo mejor en torno al tratamiento. Pero, 4 de cada 4 (100%) destacan la desconfianza, duda, desasimilación, aislamiento, decepción, presión por parte de las familias hacia el tratamiento de los pacientes.
5. ¿Considera usted que hubo algo en el tratamiento que propicio su recaída? Sí - No ¿Por qué?	El 3 de 4 (75%) pacientes respondieron que no, las razones a esta respuesta son que los psicólogos se han esmerado bastante, predisposición de un ambiente de confianza y recibieron un buen tratamiento. Pero el 1 de cada 4 (25%) proporcionó una respuesta inconclusa, ya que, responde las mentiras, debido a que por parte de la clínica realizan una promesa y no la cumple en el tiempo debido.

Análisis de resultados de las entrevistas a profesionales

Para el trabajo con las entrevistas realizadas en la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer” se programó una reunión con los psicólogos en donde se les entregó el formato del consentimiento informado que cada uno firmó para hacer uso de su nombre en el trabajo de investigación.

Por medio de las entrevistas semi estructuradas realizadas a los pacientes y profesionales de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer” se realizó una triangulación con los resultados arrojados en las entrevistas relacionada con la teoría y metodología expuesta en los anteriores capítulos, por lo cual se logró lo siguiente:

Con respecto al enfoque cualitativo que se basa en las experiencias o perspectivas de las personas, se analiza el discurso tanto el de los pacientes como en de los profesionales que se plasmaron en las entrevistas, donde pudieron compartir cada uno que es una recaída y cuáles son las causas que puede provocar que esta recaída suceda.

Al tener dos perspectivas diferentes que favorecen el trabajo investigativo, además al utilizar el método deductivo que permite emplear hechos concretos que, en este caso, son los postulados teóricos que se han descrito en los anteriores capítulos donde se conceptualiza temas como la recaída, el tratamiento y las posibles causa de la recaída de un toxicómano, que con respecto a lo obtenido en las entrevistas puede implicar particularidades que se presentan en las respuestas de los pacientes y profesionales.

Por otro lado, a nivel del paradigma fenomenológico hermenéutico que consiste las experiencias de cada uno de los participantes, lo que implica detallar y describir la perspectiva de cada uno de los pacientes de acuerdo con las preguntas que se les realizó en la entrevista.

En función al primer objetivo que es definir la recaída en el consumo toxicómano por medio de la teoría psicoanalítica, esto se observa que lo planteado en el objetivo está descrito en el marco teórico, donde expone el consumo toxicómano, la recaída del consumo toxicómano, el tratamiento, las diferentes perspectivas psicoanalistas del toxicómano.

Lo expuesto por los psicólogos sobre la recaída es que los pacientes presentan situaciones conflictivas, estresantes y conductas o comportamientos como patrones que elevan las probabilidades de que el paciente toxicómano recaiga. Además, estos patrones de compartimiento y pensamiento pueden generar situaciones de riesgo que se relaciona con el ámbito social, familiar, emocional y laboral de la persona.

El sujeto al estar presente en las situaciones de riesgo descritas anteriormente puede llegar a operar el deseo de consumir en el toxicómano, por lo cual, si el paciente no ha recibido tratamiento, es posible que no haya adquirido las herramientas y recursos necesarios para afrontar el deseo de consumir, por el contrario, si el paciente ha seguido un tratamiento, podrá afrontar este deseo por medio de estrategias, recursos y herramientas.

Los profesionales entregan estos recursos, herramientas y estrategias dentro del tratamiento que presenta el enfoque cognitivo-conductual, aunque el enfoque antes mencionado sea el principal que se utiliza en la clínica, también se emplean la metodología eclesial y la terapia individual. De acuerdo, al tratamiento que se les otorga a los pacientes, las familias presentan altas expectativas sobre la mejoría de la persona, ya que esperan que el individuo deje de consumir y estén “curados”.

Con respecto a los pacientes se encuentran las siguientes dimensiones; causas que provocan una recaída, la perspectiva que tiene el paciente sobre la recaída, el procedimiento del tratamiento, las expectativas familiares y la opinión de los pacientes sobre si el tratamiento pudo suscitar la recaída. Por consiguiente, las respuestas de los pacientes ante la perspectiva de lo que es la recaída contestaron que se debe a una ilusión amorosa, volver a presentar patrones de conducta y pensamientos e incluso miedo a no poder salir de las drogas. El toxico le ofrece una solución a la falta existente en la relación con los demás y que refleja la carencia del sujeto, la sustancia comienza a ocupar el lugar del sujeto al ocultar la falta del otro y la suya.

Los pacientes expresan que las causas que pueden provocar la recaída se debe a la soledad, problemas con novias o esposas, problemas o distanciamiento familiar, lo cual es importante seguir el tratamiento establecido. Conflictos familiares o de parejas puede provocar deterioró la conexión emocional.

Estas causas mencionadas se relacionan con el capítulo tres que presenta subtemas como disfunciones o insatisfacciones sexuales como causa del consumo y recaída, afecciones emocionales como causa del consumo toxicómano, la (re) caída de los ideales familiares como factor de la recaída, el estrés como causa de la recaída y relaciones interpersonales como causa de la recaída. Estos epígrafes exponen como los malestares emociones, discusiones, angustia, insatisfacción, ideales familiares puede causar que el sujeto vuelva a recaer en el texto debido al displacer que se presenta y que es insoportable, además de la ruptura de los vínculos con el Otro, esto ocasiona para el sujeto lo cual busca el objeto tóxico para suplir este displacer y evadir lo insoportable de lo real.

Para los pacientes el tratamiento le ha ayudado, ya que prefieren callar, no hablar e incluso meditan, en algunos casos el paciente puede llegar a ser intenso y llegar a tener cuidado para no recaer. En el transcurso del tratamiento que reciben los pacientes es importante el apoyo familiar, sin embargo, las familias al principio del tratamiento muestran interés, atención y expectativas altas, sin embargo, conforme pasa el tiempo las familias pierden el interés e incluso muestran desconfianza, duda, aislamiento, desasimilación, lo cual provoca que los pacientes muestran sentimientos de tristeza, soledad, etc.

Referente al tratamiento, los pacientes forman o crean su propia perspectiva u opinión del proceso, lo cual expresan que el tratamiento no ha afectado en la recaída, debido a que los psicólogos se han esmerado, además, la predisposición que proporcionan los profesionales con respecto al ambiente, ya que genera confianza y esto les otorga a los pacientes la opinión de que están recibiendo un buen tratamiento. Pero, los pacientes también expresan que los psicólogos les hacen promesas y no las cumplen, por ello, los pacientes dicen que les mienten en la clínica, por lo que presentan resentimiento y algunos toman la decisión de no ir a las terapias.

El tratamiento vinculado con la teoría en lo referente al subtema *proceso terapéutico de la Clínica de Rehabilitación "Un Nuevo Amanecer"* que se basan en la terapia individual, trata de brindarle al paciente un espacio para que comunique lo que le aqueja, su malestar. Por consiguiente, se sigue la terapia grupal donde los sujetos forjan vínculos sociales con los diferentes pacientes. En estas terapias se realizan actividades en base a los objetivos, diagnóstico y habilidades de los pacientes. Por otro

lado, se realiza una terapia familiar que es un medio de apoyo para los individuos, con el objetivo de que las familias entiendan el proceso que está llevando el paciente. Mientras que la terapia vivencial se basa en charlas sobre las experiencias que ha vivido los sujetos con el propósito de desarrollen un aprendizaje y reflexionen sobre la vivencia contada.

Presentación de resultados de viñetas clínicas

Viñeta 1: Paciente S

Paciente de 25 años que ha tenido previamente cuatro intervenciones debido al consumo de múltiples drogas. Alcohol y tabaco a los 15 años, cocaína a los 17 años, h, ácido, éxtasis a los 20 años y por último base de cocaína desde los 25 años.

Lo que se distingue en la primera intervención en la Clínica de Rehabilitación UNA es que la familia no asistió a las reuniones, a los llamados que hacen los psicólogos y médicos. La familia lo interna, cancela y simplemente lo dejan. La primera característica es que pertenece a bandas y la familia utiliza el recurso de internarlo para que no lo maten o lo lleven preso, ya que da la casualidad de que alguien de su círculo cercano muere. No lo ven como un proceso de rehabilitación y ese pequeño problema hace que la familia no se integre. Otra característica es que se desconoce muy poco de los otros procesos puesto que no fueron en la clínica actual.

El paciente presentaba comportamiento agresivo con sus padres, añadía que en más de una ocasión violentó a su madre a tal punto de llegar a hacerle heridas graves en su brazo. No permite abordar temas psicológicos profundos sobre el padre, solo afirma que mantiene una mala relación con él, debido a diferentes conflictos. Le molesta todas las veces que engañó y violentó verbal y físicamente a su madre. También supo añadir que su consumo inició cuando entendió que el padre no se preocupaba por él. Desde que se graduó del colegio tuvo el pensamiento de que sería un adicto, pero por presión de la madre a que termine los estudios, él no consumió drogas ilícitas desde los 15 años, sino posterior a su graduación.

Vivió mucha violencia alrededor de su vida, la parte disocial de resolver sus problemas es a través de la violencia. Con su pareja actual mantiene una relación inestable debido a que han existido más de seis situaciones de violencia, en donde hubo

agresión física por parte de los dos. No se conoce más vivencia en su relación debido a que la pareja nunca asistió a las terapias familiares o a las reuniones que le indica el psicólogo.

El paciente es ingresado nuevamente por la familia a la clínica por consumo de base de cocaína por temor a que lo maten ya que acribillaron en las calles a su cuñado, situación que le causó malestar al paciente. Se adapta muy bien al proceso porque normaliza mucho el estar interno, sabe cómo moverse, sabe con quién hablar, no presenta ansiedad por estar interno, no sufre porque sabe que en cualquier momento la familia lo viene a ver, causando así una interrupción del tratamiento.

En su familia está muy normalizado el tráfico de drogas y armas, no padeció por carencia económicamente, él se hizo traficante por seguir la onda grupal ya que con las amistades que se crio, están desde pequeños. Algunos son primos y se creó un fuerte sentido de permanencia. El proceso de recaída en el paciente parte por la falta de compromiso de la familia, ya que, al iniciar su proceso de reinserción, lo llena de cosas materiales. No asume que se gana algo y eso crea un desbalance en su estadio reflexivo que se trabaja en la clínica.

Viñeta 2: Paciente R

Paciente de 35 años ingresado a la clínica de rehabilitación ha pedido de su esposa debido a una recaída al consumo de cocaína. Él tuvo su primera intervención en la clínica hace cinco años debido al consumo de alcohol, tiene una imprenta y también trabaja arreglando electrodomésticos, tiene una hija y dos nietos, actualmente mantiene una relación inestable con su esposa.

Durante la pandemia del Covid-19, el paciente tenía diferentes conflictos con su esposa respecto al uso del dinero, propiedad de una casa y las drogas. R señaló que comenzó a consumir cocaína a raíz de la muerte de su madre, una situación difícil de soportar para él, generándole así un distanciamiento de su familia. Su esposa durante la pandemia decidió que viviera en el piso de abajo mientras ella y su hija con sus nietos en el piso de arriba, situación que le causo frustración y soledad. Cuando decidieron internarlo, él alega que su mujer lo hizo para quedarse con los \$20.000 y la casa en el que residía, reconoce que necesitaba un tratamiento para su adicción, pero no de la forma en la que se desarrolló.

La familia durante su primer tratamiento estuvo presente en todas las terapias grupales y las reuniones que le indicaba el psicólogo. Estaban pendiente a las mejorías del paciente y eso le causaba motivación. R, por su parte señaló que se sentía querido debido a que su familia estaría haciendo el mismo esfuerzo para que pueda mejorar. A medida que se daban los tratamientos durante su recaída, se observó que la familia no se presentó a ninguna terapia familiar, tampoco asistían a las reuniones e incluso se realizó un evento que organizó la clínica para las épocas de navidad y fin de año y su familia no asistió. Según el relato del paciente R esto se dio, porque tiempo después de su primer tratamiento, se dieron conflictos familiares en su hogar provocando que exista un distanciamiento y un desinterés en su tratamiento durante su recaída. Actualmente sigue cuestionando porque la representante es su esposa y no su hija, añade que ella no tiene nada que ver aquí, la relación ya se había terminado.

Durante los relatos de R, comenta que una de sus preocupaciones es cuando sea dado de alta. Comenta que al suceder esto, no sabrá como tratar de convivir con sus familiares por ser una persona recaída. Así mismo reconoce cuales fueron sus causas para haber entrado en ese estado y también se cuestiona del por qué no llevó a cabo su tratamiento en su hogar.

Viñeta 3: Paciente J

Paciente de 21 años, ingresa por petición de sus familiares por consumo de “H” en la clínica de rehabilitación Un Nuevo Amanecer. Es un inmigrante de nacionalidad venezolana que se dedica a la profesión de barbero y es padre de familia de un niño de dos años.

El paciente J, llega con un expediente de una crisis paranormativa muy fuerte por escenarios de violencia que ha recibido su familia. Como antecedentes su padre pertenecía a una banda delictiva que tiempo después fue acribillado por otro bando. Así mismo el paciente comenta que existía violencia familiar donde en muchas ocasiones observaba junto a sus hermanos como su padre le pegaba a su madre.

Comenta que al vivir en Ecuador logra conseguir un empleo de barbero gracias a sus tíos. Tiempo después se relaciona con otras personas que le enseñan a consumir la droga “H” siendo su primer contacto con esta sustancia y la principal droga con la que tiene su proceso crónico. Tiempo después conoce a una chica, con la que mantiene

un vínculo amoroso, producto de eso tienen un hijo. Esta crisis paranormativa trasciende ahora en su relación actual. El paciente relata que se le dificulta relacionarse con su hijo y también la familia de su pareja no lo acepta, creando así un desbalance. Según los informes de la clínica y los relatos del paciente tiene también un proceso de inferioridad, donde el paciente desea imponer reglas creando conflictos de pareja y de mucha desconfianza. A medida de eso, su consumo va creciendo a tal punto de relacionarse con personas muy peligrosas. También relata que sufrió de secuestro exprés donde estuvieron a punto de matarlo, justo cuando empezaba a consumir de manera excesiva, aunque afirma que él no es traficante, ni tampoco anda metido en nada malo.

Se le explica al paciente que la dinámica para que pueda llevar su tratamiento era que se quede en la clínica por la cantidad de antecedentes que tenía y conforme a las sesiones se trabaje puesto que, con la intervención de la familia en un proceso de reinserción lo iba a desestabilizar. Durante las intervenciones el paciente estaba muy dirigido con el tratamiento, pero la intervención de su tío al no creer en la labor que se llevaba dentro de la clínica de rehabilitación interfirió con todo el proceso que se había llevado con el paciente a tal punto que dejó de asistir a la clínica. Tiempo después los familiares regresan a la clínica para internarlo puesto que volvió a recaer.

J comenta que se sentía angustiado, puesto que lo material no lo llenaba, sino más bien necesitaba afecto por parte de su familia y su hijo, al ver que se sentía aislado, J vuelve a consumir drogas. Así mismo comenta que sus tía y hermana lo encerraban por volver a consumir, sintiendo que era una forma injusta de ajusticiarlo de mala manera.

En éste nuevo tratamiento que se ha ido dando, se observa al paciente J más tranquilo y más abierto al trabajar con las personas de la clínica. Las recaídas del paciente J son emocionales, puesto que dice sentirse solo y también existen recaídas por la presión social. J es una persona vulnerable y esto se observa por la falta del padre, puesto que no hubo una figura del hogar que le enseñaba, más bien que le resolvía los problemas.

Viñeta 4: Paciente N

Paciente de 27 años, ingresa por petición de sus familiares por consumo de sustancias y también por el deterioro de su área sexual, teniendo dificultades de convivencia con vínculos femeninos.

Según los datos de la clínica, el paciente N venía con múltiples tratamientos, relata que tiene antecedentes familiares de consumo. Su padre muere de sobredosis, cuando N tenía 15 años a causa del alcohol. A partir de la muerte del padre, el paciente N comienza a desencadenar conductas, actos banales y deshumanos durante toda su vida. Relata que empezó a tener novias, pero luego comenta que no lo satisfacía, incursionó con prostitutas, pero tampoco lo satisfago, por último, tuvo juegos sexuales con sus familiares menores de edad y tampoco lo satisfacía. De esta insatisfacción, recurre a consumir drogas, tiempo después se familiarizó con la pornografía, por lo que su área sexual está totalmente deteriorada, a tal punto de que no puede tener un acercamiento al rol femenino sin que tenga ideas sexuales. Así mismo se llegaba a masturbar entre 10 a 15 veces al día, en ocasiones lo hacía introduciéndose objetos en el ano y también se masturbaba mientras consumía, utiliza el recurso de la prostitución para poder llevar su vida sexual, puesto que no puede relacionarse con ninguna chica.

No se le ha realizado ningún tratamiento psiquiátrico por tener antecedentes médicos con medicamentos. A medida que las intervenciones se van dando, se crea un rapport con el paciente. Comenta que rechaza lo espiritual y también lo psicológico, porque siente que son manipuladores, pero eso forma parte de su trastorno evasivo de la personalidad. Utiliza el sarcasmo y la ironía para no usar la agresión. Durante los trabajos con el paciente, cuando está flexible tiene unas características muy buenas, que dentro de la psicología tiene un famoso indicador funcional denominado medialización reflexiva que hace que, de ideas muy rápidas a su contenido constructivo, pero cuando se cierra dentro de su discurso se evidencia otro fenómeno psicológico denominado abstracción selectiva, donde abstrae lo que el desee de su discurso creando pensamientos catastróficos.

Se trabajó con el paciente por ocho meses, en el noveno mes se moldeó un proceso estable y es justo aquí es en donde se pudo hacer una intervención familiar,

puesto que al principio la familia no deseaba verlo. Una de las dinámicas que se emplearon fue el proceso confrontativo donde se toparon temas de disculpas.

Al haber realizado un buen tratamiento y tener una buena reinserción en él, es dado de alta en la clínica, pero tiempo después su recaída se da con el acceso digital por la pornografía. Esos procesos estables que tenía comienzan a desaparecer en relación a la pornografía. Esta búsqueda de volver su distorsión del área sexual comienza desde la masturbación digital y nuevamente de la prostitución. Se relata que la prostituta a quien conoció le ofrece unas pastillas retardantes para que no tenga una eyaculación precoz y no sienta rechazado, puesto que para el paciente N, el rechazo lo ve como una amenaza a tal punto que llegó a robar dinero para empezar a consumirlas. Su familia al darse cuenta de que volvió a recaer, lo rechaza y le cierran las puertas. Al ver que tenía que regresar a la clínica, empieza a consumir alcohol y entre otras drogas. Durante las sesiones que se iban dando se observa que tiene despersonalizado el rol femenino, el paciente comenta que, al ver pasar a una pasante o personal femenino en la clínica, no puede trabajar con ellas puesto que la sexualiza y empieza a masturbarse “a nombre de ellas”. Comenta que siente mucha frustración ya que desearía enamorarse de alguien, pero no puede, así mismo relata que le atraen a las prostitutas, puesto que cumplen su fantasía, pero no es consciente de que ellas lo hacen por su trabajo. Actualmente el paciente se siente muy flexible y uno de los avances que se ha sido muy notorio en el paciente es que ahora se expresa más sobre su intimidad.

Análisis de resultados de las viñetas

A través de las viñetas realizadas a los pacientes de la Clínica de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer” siguiendo la metodología propuesta en este trabajo de investigación se presenta un análisis de las viñetas de acuerdo a las causas de la recaída del consumo toxicómano que han expuesto los pacientes.

Comenzando con la viñeta 1: paciente S se evidencia que la causa de su recaída es por la falta de compromiso de la familia y por volver a consumir en este caso cocaína. Con relación a la familia muestra un desinterés en el proceso de rehabilitación del paciente S, debido a que lo ingresan a la clínica y lo dejan durante todo su

tratamiento, porque la familia no observa este procedimiento como un proceso de rehabilitación, sino como un lugar o recurso para que no maten o apresen a su hijo.

Cuando la familia cree que el sujeto está a “salvo” interrumpen el tratamiento, y lo llenan de objetos materiales cuando el paciente S está en su proceso de reinserción. Esta falta de compromiso de la familia le molesta al paciente, pero dentro de la clínica se adapta y normaliza estar internado, además no presenta ansiedad por seguir el proceso de rehabilitación. Por lo tanto, esta viñeta se relaciona con el subtema *la (re) caída de los ideales familiares como factor de la recaída*, en este acápite Nasio expone que el Otro es importante para la formación del sujeto tanto en el registro del imaginario como en el simbólico, por lo cual si no existe un apoyo por parte de la familia puede conllevar a que el sujeto recaiga, ya que los encuentros y desencuentros con los ideales de la familia puede llevar a que el sujeto recaiga en el tóxico.

Con respecto a la viñeta 2: paciente R se muestra que la recaída se da por los conflictos familiares que se presentan en el hogar, en relación con el consumo de cocaína. Referentes a los problemas familiares, provocaron que la familia no asistiera a las terapias familiares, eventos que realizaba la clínica y a las reuniones que se programaban, el paciente presenta conflictos con su esposa, ya que él comenta que ella no tiene nada que ver con su tratamiento debido a que su relación ya se ha terminado, este relato se debe a que su esposa es el representante de él en la clínica y el sujeto no entiende por qué ella es su representante y no su hija.

El paciente R se cuestiona de no saber cómo convivir con su familia cuando se le fue dado de alta en la clínica, debido a que no sabrá cómo relacionarse con ellos, ya que es una persona recaída. Sin embargo, reconoce cuáles fueron los motivos de su recaída y se interroga por qué no pudo o llevó a cabo su tratamiento en casa. La viñeta está vinculada con el acápite denominado *relaciones interpersonales como causa de la recaída* dentro del subcapítulo se explica que la relación de pareja puede afectar a aquel sujeto caído en el texto, esto se debe a celos, ansiedad por ruptura, discusiones, lo cual afecta el lazo afectivo de la pareja, esto conlleva a que el sujeto recaiga en el tóxico lo cual puede provocar enojo, irritación, alteraciones en el comportamiento, agresividad y falta de empatía.

En la viñeta 3: paciente J recae por consumo de H, pero las causas de esta recaída se deben a la soledad, aislamiento y presión social. J es una persona vulnerable debido a la falta del padre, el paciente lleva a la clínica con un expediente de crisis paranormativa fuerte dada por la violencia que recibió en su familia. Además, presenta dificultades en la relación e interacción con su hijo y la familia de su pareja, por ende, la familia de ella no lo acepta, esto provoca un desbalance en él.

El paciente J se siente angustiado por el afecto que necesita por parte de su familia y su hijo, esto lo llevo a que recaiga en el consumo de drogas, por lo cual la recaída del paciente se debe a su estado emocional es provocado por la poca interacción, apego y cariño que recibe de su familia e hijo lo cual él no sabe y puede resolver lo que conlleva a que siga recayendo en la droga. Con referente al caso este se enlaza con el subtema *afecciones emocionales como causa del consumo toxicómano* donde Freud expone que el dolor puede ser aliviado por medio de un toxico, debido a las insatisfacciones y limitaciones que tiene el sujeto ante situaciones familiares y sociales afecta sus emociones por lo cual esta elección se convierte en dolor, por ello volver a caer en el toxico es una respuesta ante las situaciones que no puede sobrellevar, por ende busca nuevas vías de escape ante la insatisfacciones que estas afecciones emociones puedan causarle.

En relación con la viñeta 4: paciente N es ingresado por consumo de drogar y presentar deterioro en el aspecto sexual, ya que se le dificulta convivir y crear vínculos con el género femenino, después de la muerte del padre por sobredosis, el paciente comienza a desencadenar comportamientos deshumanos y actos banales durante toda su vida.

El paciente N tuvo novias pero no le satisfacía, exploró con las prostitutas, pero tampoco lo satisfacía, recurre a las drogas por la insatisfacción que sentía al no poder intimar con las mujeres, tuvo acercamiento o juegos sexuales con integrantes familiares menores de edad, estos acercamientos le provocaron insatisfacción, después comenzó a consumir, se aventuró en la pornografía, estas exploraciones conllevó al deterioro total del aspecto sexual, debido a que llegó al punto de no poder acercarse a una mujer sin tener pensamientos sexuales esto suceden en la clínica con el personal femenino, ya que el paciente las sexualiza y llega al punto de comenzar a masturbarse a nombre de ellas.

Su recaída comienza por unas pastillas retardantes para retrasar la eyaculación y no sentir rechazo por tener eyaculación precoz. El paciente N siente el rechazo como una amenaza que lo lleva robar dinero para consumir, este rechazo lo recibe por parte de su familia cuando se entera que recayó en las drogas y le cierran las puertas de su hogar, este desalojo de casa y rechazo provocó que comenzara a consumir alcohol y otras drogas. Basado en lo descrito en la viñeta se relaciona con el subtema *disfunciones o insatisfacciones sexuales como causa del consumo y recaída* porque López expone que todo acto compulsivo puede convertirse en una adicción lo cual no remite a que estos actos son descargas del inconsciente sobre pensamientos intrusivos por ello la recaída es la búsqueda del goce compulsivo sin cesar, ya que el sujeto al no poder satisfacer a nivel del goce sexual, el objeto toxico es una manera de suplir esta insatisfacción. Esto se puede observar en lo sujetos que buscar el goce sexual sin embargo no lo encuentran lo cual los lleva a buscar nuevos objetos para descarga la pulsión conllevando que el individuo consuma.

En comparativa con el análisis de las entrevistas y las viñetas se destaca demasía una de las causas del consumo toxicómano y es por conflictos familiares, esto conflictos se despliegan por el desinterés de la familia a involucrarse en el proceso de rehabilitación lo que ocasiona que el paciente sienta soledad o rechazo por parte de su familia, en otros casos, se debe a conflictos familiares que se relacionan con la pareja, esposa y/o novia debido a peleas o problemas que no se resolvieron en su tiempo lo que quedo en una separación.

Un caso que destacar es el de J que comenzó a consumir por presentar insatisfacción sexual, el deterioro en el aspecto sexual provocó que comenzara a consumir alcohol y varios tipos de drogas a causa de su adicción. La familia lo rechazó y le cerraron las puertas de su casa, esto ocasionó que el sujeto se sintiera rechazado.

Sin embargo, en el análisis de todas las viñetas se ha dado resultados favorables mediante el proceso de rehabilitación que le ha otorgado la clínica, puesto se muestran más flexibles al momento de hablar, algunos pacientes comenzaron la meditación para controlar su conducta y su deseo por consumir, además los pacientes expresan que los profesionales les generan un ambiente de confianza y que la clínica les proporcione un buen tratamiento.

CONCLUSIONES

La presente investigación expone los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos planteados en el estudio basado en la aplicación de la metodología y la recolección de datos, además de la información obtenida mediante la investigación bibliográfica, se realizó el siguiente análisis con los resultados obtenidos.

Con referente al objetivo general, desde la perspectiva psicoanalítica, los resultados obtenidos en las entrevistas estructuradas sobre las causas de la recaída fueron las siguientes: patrones conductuales y de pensamiento, y factores familiares, sentimentales, sociales. Por consiguiente, en el análisis de las viñetas se presentaron causas como falta de compromiso de la familia, conflictos de pareja, deterioro sexual, distanciamiento y desinterés familiar y falta de afecto por parte de la familia.

Por otro lado, se encuentran los objetivos específicos. El primero se explica en el capítulo uno donde se expone subtemas del consumo toxicómano desde diferentes perspectivas como la freudiana y la lacaniana, además de hacer una diferenciación en los tipos de consumo que existen en la actualidad entre ellos se puede destacar el consumo habitual, el experimental y la drogodependencia. Se explican el epígrafe del cuerpo intoxicado y el goce toxicómano para finalizar con la recaída del consumo toxicómano y como esta puede ocasionar una ruptura en el sujeto simbólico, la relación de la recaída con la estructura perversa y como en la actualidad la droga es un recurso globalizado.

En el segundo objetivo específico, se explica los procedimientos tanto administrativos como terapéuticos, en el caso del proceso administrativo se abre una carpeta donde se coloca los datos del sujeto que ingresa, además de colocar si el ingreso es voluntario o involuntario, por consiguiente, se explica si la persona tiene antecedentes en cuanto a proceso anteriormente realizados. En el caso del proceso terapéutico la clínica al momento de ingresar un nuevo paciente al programa de rehabilitación realizan diferentes terapias que se ejecutan a lo largo del proceso, ya que es importante que se realice una terapia individual, grupal y familiar, esta última con la finalidad de que la familia sea un apoyo durante el procedimiento que está llevando el individuo dentro de la clínica, Aunque la clínica no utiliza totalmente el psicoanálisis, dentro de este apartado se describe como se abordaría desde la orientación psicoanalítica el proceso de rehabilitación para el consumo toxicómano.

En el tercer objetivo específico mediante una investigación sistemática y estructurada se escoge la información que se describe en el capítulo tres denominado *causas* que se desglosa en subtema tales como la disfunciones o insatisfacciones sexuales como causa del consumo y recaída, afecciones emocionales como causa del consumo toxicómano, la (re) caída de los ideales familiares como factor de la recaída, el estrés como causa de la recaída y relaciones interpersonales como causa de la recaída. Estas causas presentadas a continuación son de acuerdo a las entrevistas realizadas a los pacientes respondieron que presentaban conflictos sentimentales con sus parejas, además las conductas se relacionan con inseguridades, influencia de los demás, deterioro a nivel sexual y conflictos familiares que pueden llevar al sujeto a recaer en el consumo toxicómano.

De acuerdo a lo expuesto en el análisis de las viñetas que se relaciona con el análisis de las entrevistas se puede destacar que la causa del consumo toxicómano más predominante son los conflictos familiares, de estos conflictos se desglosan otras problemáticas que se mencionaron anteriormente (conflictos sentimentales con sus parejas, además las conductas se relacionan con inseguridades, influencia de los demás, deterioro a nivel sexual), estas causas se relaciona con las causas que se han expuesto en el marco teórico como disfunciones o insatisfacciones sexuales como causa del consumo y recaída, afecciones emocionales como causa del consumo toxicómano, la (re) caída de los ideales familiares como factor de la recaída y relaciones interpersonales como causa de la recaída.

Por lo cual, afectan en demasía a los pacientes, ya que se sienten solo, angustiado debido a que no tienen desde el primer tratamiento el apoyo de la familia que es lo que más necesitan los pacientes al pasar por el proceso de rehabilitación, además al tener una recaída e ingresar al proceso se inhibe la satisfacción del paciente, esto lo transitan en la soledad de sus habitaciones o dentro de las paredes de la clínica, ya que, las familias de los pacientes no se involucran en el proceso y por tanto no desarrollan el conocimiento de como apoyar y ayudar al familiar que está ingresado a la clínica, esto ocasiona que el sujeto vuelva a recaer y por lo tanto vuelva a pasar por el procedimiento de rehabilitación y ocasiona que entren en un bucle de recaídas y retornos.

RECOMENDACIÓN

El trabajo de investigación comparado con el análisis de resultados ha recopilado información para entregar un estudio actualizado sobre las causas de la recaída en el consumo toxicómano, por lo tanto, se realizarán las siguientes recomendaciones para las siguientes investigaciones que se relacionen con la recaída y el consumo toxicómano.

- Realizar un análisis de los procesos de prevención dirigidos a disminuir las situaciones de riesgo ante una recaída toxicómano en los pacientes.
- Analizar el vínculo entre la recaída del consumo toxicómano en los pacientes con respecto a los factores sociopolíticos.
- Llevar a la práctica la influencia de la familia de los pacientes en el proceso y tratamiento de la recaída del toxicómano.
- Investigación del impacto que tiene la terapia familiar en el tratamiento de recaída del consumo toxicómano.
- Producir un estudio sobre el efecto de los distintos programas o tratamiento de las diferentes clínicas para comprobar la efectividad de estos programas en la recaída del toxicómano.
- Estudiar las consecuencias que pueden producir la recaída en las patologías de la depresión, distimia, entre otras.
- Llevar a cabo una investigación relacionada con los mecanismos de reacción de los pacientes que consumen tóxicos y la influencia que tiene la recaída en ellos.
- Investigar sobre los factores generales, ambientales, socioeconómicos, cultura, entre otros. que coopera con la recaída del consumo del objeto tóxico.

REFERENCIAS

- Blanco, L. (2016). *Las adicciones a la luz del psicoanálisis*. (Tesis de grado). Universidad del Rosario: Colombia
- Blanco, L. (2015). *Las adicciones a la luz del psicoanálisis, una revisión de literatura*. Recuperado de <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11633/BlancoGonzalez-Laura-2015.pdf>
- Blanco, T. y Jiménez, S. (2015). *Factores de riesgo que influyen en la recaída del consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*, Revista Costarricense de Psicología, 34(2), pp. 147-157
- Caixa, V. (2022). *Tipos de consumo*. Recuperado de: <https://www.ruta67.com/tipos-consumo-y-ahorro/>
- Ces, A. (2021). *¿Cómo afectan las drogas en la relación de pareja?* Recuperado de <https://www.forumterapeutico.com/2020/11/11/drogas-en-la-relacion-de-pareja/#:~:text=Conforme%20la%20persona%20con%20un,de%20satisfacer%20sus%20necesidades%20emocionales.>
- Freud, S. (2002). *El malestar en la cultura*. Librodot, 43.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. En J. Strachey (Ed). Obras completas. Vol. 21, (pp. 57-140) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Mas Alla Del Principio Del Placer*. Amorrortu.
- Gasquet, G., Paturllane, E., Rojo, C., Saranceno, G., & Verger, T. (2021). *La función del tóxico en la clínica de las toxicomanías*. Argentina: UNR
- Gómez, D., Carranza, Y., & Ramos, C. (2017). *Revisión Documental, Una Herramienta Para El Mejoramiento De Las Competencias De Lectura Y Escritura En Estudiantes Universitarios*. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*. Recuperado de [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2550-67222017000300046&lng=es&tlng=es.](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2550-67222017000300046&lng=es&tlng=es)
- González, J. (2008). *Psicoanálisis y Toxicomanía*, *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 1(4), pp. 1-21
- Laurent, E. (2017). *Tres observaciones sobre la toxicomanía TYA (Toxicomanías y Alcoholismo)*. [Archivo PDF]. *Asociación Mundial de Psicoanálisis*. Recuperado de: http://wapol.org/es/las_escuelas/TemplateImpresion.asp?intPublicacion=1&intIdiomaPublicacion=1&intArticulo=168&intIdiomaArticulo=1

- Lacan, J. (2003). *La Familia*. Buenos Aires: Argonauta.
- Lacan, J. (1966). *Escritos I*. Siglo XXI Editores.
- Laurent, É. (2014). *En Revista Estrategias: Psicoanálisis y Salud Mental, 1*. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/49817>
- Lora, M., y Calderón, C. (2010). *Un abordaje a la Toxicomanía desde el Psicoanálisis*, Ajayu, 8(2), Versión On-line: ISSN 2077-2161.
- López, H. (2007) *Las adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires, Argentina: Lazos.
- MSP. (2015). *Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos*. Recuperado de https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/promo/ambulatorio/supervision/taller_quito/Taller%2022-10-2015/Modelo%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20Residencial%2007_10_2015%20ok-1.pdf
- Naparstek, F. (2013). *Entrevista a Fabián Naparstek / Entrevistado por Didier Velásquez*. Revista NEL Medellín. Recuperado de: <http://nel-medellin.org/entrevista-a-fabian-naparstek-1/>
- Ortiz, D. (2013). *La toxicomanía en la época de la declinación del nombre del padre: la droga como objeto de consumo en la época capitalista*. (Tesis de Maestría). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil: Guayaquil
- Pereira, M. (2017). *Adicciones y recaídas: síndrome de la recaída*. <https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/adicciones-y-recaidas-sindrome-de-la-recaida/>
- Pozo, P. (2021). *La problemática de la toxicomanía desde una mirada más allá de los 12 pasos*. (Tesis de Maestría). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil: Guayaquil
- Rojo, G. (2008). *Terapia Ocupacional en el tratamiento*. Recuperado de ¿Qué es la Terapia Ocupacional?: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=13124766&r=182>
- Romero, M., & Díaz, J. (2015). *La toxicomanía: entre la ruptura con el goce fálico y la suplencia* [Tesis]. Universidad Católica de Pereira.
- Rudolph-Owen, M., Hillman, S., & Zweben, J. (2016). *Prevención del uso de sustancias a través del abordaje psicoanalítico. Enfoques para el tratamiento de la adicción, 5*, 259-278.

- Salamone, L. (2014). *El silencio de las drogas*. 1 ed. Olivos: Grama Ediciones
- Servicios Mundiales de Narcóticos Anónimos (2003). *Guía de Introducción de Narcóticos Anónimos*. Narcotics Anonymous World Services: Van Nuys
- Useche, T., Escalona, D., López, G. y Ortiz, F. (2017). *Factores psicosociales en la recaída de la dependencia al alcohol: Un análisis de ruta*, *Enferm Inv*, 2(4), pp. 137-144

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista a profesionales

Psicólogo Galo Cedeño Delgado

1. ¿Qué es para usted la recaída del consumo toxicómano?

El consumo de drogas sólidas y líquidas todas en conjunto

2. ¿Cuáles son las situaciones de riesgo que producen un retorno a los patrones de pensamiento y conductas típicas de las adicciones?

Están los comunicacionales que es la familia, lo sociales que corresponde a las viejas amistades y la tecnología porque no potencia la autoestima.

3. ¿Cómo opera el toxicómano frente al deseo de consumir?

Depende, si no recibe un tratamiento no operará de ninguna manera, si hay un buen tratamiento la operación que va a hacer es buscar las redes de apoyo, grupos, psicólogos, clínica de rehabilitación, iglesia, padrino, un consejo familiar. Pero si no ha tenido un previo entrenamiento no va a tener una metodología

4. ¿Qué tratamientos o técnicas/métodos, utiliza para los pacientes con consumo toxicómano?

El enfoque cognitivo conductual, trató de reestructurar su experiencia para que creen una nueva conducta.

5. A partir de su experiencia profesional ¿qué espera del tratamiento la familia del sujeto con consumo toxicómano?

La familia solo espera que deje de consumir no le importa si cambia su conducta, esto pasa cuando la familia idealiza el consumo de drogas, solo lo ve desde el consumo, es decir que si lo deja el paciente funciona. Incluso los familiares dicen quiero verlo como era antes y se remite a 15 años atrás entonces hay una total negación y eso parte desde un signo o síntoma de la coadición que tiene la familia hacia el paciente.

Psicóloga Joselyn Santillán Sánchez

1. ¿Qué es para usted la recaída del consumo toxicómano?

Básicamente la recaída no es el volver a consumir drogas. Se toma en cuenta que, dentro de las terapias, dentro de las clínicas de rehabilitación en general una rehabilitación es no volver a caer en patrones conductuales antiguos, por eso dentro de la terapia de rehabilitación únicamente no se trata del consumo de drogas en sí, sino en los patrones conductuales que llevan a este consumo que pueden ser: inseguridades,

problemas familiares, influencias, etc., que siempre se pueden observar en las historias clínicas de cada sujeto variando al caso. Lo que yo considero como recaída, es volver a recaer como se mencionó en estos patrones, porque ya el volver a consumir en si la droga, el alcohol o las drogas solidas es ya lo último que hacen, pero ellos ya tienen estos patrones y conductas que lo llevan al camino de consumir, entonces únicamente no es volver a consumir cualquier tipo de drogas o ingerir alcohol, sino volver a seguir los pasos o conductas que están identificadas como algo no acorde para este tipo de personas.

2. ¿Cuáles son las situaciones de riesgo que producen un retorno a los patrones de pensamiento y conductas típicas de las adicciones?

Hay diferentes situaciones de riesgo y eso va a variar de acuerdo con el contexto social, familiar de cada uno y tomando todo en cuenta esto es muy difícil poder identificarlos de manera general, se puede hacer de manera global por ejemplo las situaciones de riesgo para mí son las familiares, sociales y en sí las sentimentales y emocionales que influyen la pareja, noviazgo etc. Los familiares el núcleo familiar de papá, mamá y hermanos y las sociales amistades, en donde todo éste contexto encierra y se centra en el sujeto y puede ser un factor de riesgo para que vuelvan aparecer estos patrones conductuales, porque si el sujeto sale de su tratamiento y de su terapia, pero encuentra en la familia los mismos patrones conductuales que estén implicados como dañinas o negativas, el sujeto entra en un ambiente de riesgo siendo este el más próximo, porque las sociales es ya lo secundario.

3. ¿Cómo opera el toxicómano frente al deseo de consumir?

Básicamente y con la poca experiencia que tengo, cuando existe este deseo de consumo emplean diferentes técnicas ya sea que las hayan aprendido en una terapia o centro de rehabilitación o ya sea que la hayan visto en otro lado o en grupos vivenciales, emplean diferentes mecanismos, la represión es uno de ellos, reprimen este deseo hasta que existe un detonante y vienen este tipo de recaídas

4. ¿Qué tratamientos o técnicas/métodos, utiliza para los pacientes con consumo toxicómano?

Aquí por lo general se usa el tratamiento cognitivo conductual, pero también se puede usar una metodología ecléctica. Este método consiste en que los pacientes mediante su dialogo identifiquen estos patrones negativos para que ellos puedan discernir tanto lo que puedan ser de bien para ellos o no puedan ser de bien para ellos. No se usa ningún tipo de patrones por así decirlo como en cognitivo conductual que tienen una

planificación, obviamente se trabaja con lo que trae el paciente sin embargo lo que se hace es direccionarlo hacia un fin que tenga esa cita. Pero ellos van identificando estos tipos de patrones negativos, donde ya lo van trabajando en las terapias vivencias y diferentes patrones.

5. A partir de su experiencia profesional ¿qué espera del tratamiento la familia del sujeto con consumo toxicómano?

Lo de siempre que “Esté curado”. Muchas de las familias no entienden que esta es una condición que va a llevar toda su vida y que una persona adicta siempre va a ser adicta. Recordamos que todas las personas somos adictas a ciertas cosas, como, por ejemplo: al trabajo, videojuegos, comer, al sexo, a fumar, alcohol, etc. Entonces, ¿Cuándo es malo una adicción? Es mala cuando irrumpen tu vida cotidiana y no puedes realizar tus actividades habituales de costumbre y es ahí cuando vienen estas crisis. Ahora la familia ve que las adicciones es una enfermedad que va a tener cura, pero si volteamos la película y vemos a una persona que es adicta al trabajo no lo va a ver mal, porque está produciendo. Entonces lo que espera es que se cure y lo viable es que cuando un paciente entra a un proceso de rehabilitación, la familia también entra a un proceso de rehabilitación para que la co-adicción no les afecte y con pasar de las intervenciones se puede dar cambios para evitar ciertos factores de riesgos mencionados anteriormente.

Psicóloga Nathalia Velasco Recalde

1. ¿Qué es para usted la recaída del consumo toxicómano?

Se lo puede catalogar como un tropiezo o como una caída en el proceso del paciente dado que por cualquier tipo situación estresante o ansiógena, malestar o situación conflictiva el paciente sede al consumo de tóxico para apaciguar lo que está sintiendo.

2. ¿Cuáles son las situaciones de riesgo que producen un retorno a los patrones de pensamiento y conductas típicas de las adicciones?

Las situaciones de riesgo se pueden catalogar todos esos conflictos que se generan en el ámbito familiar, laboral, social y afectivo que el paciente puede experimentar. Por ejemplo, en el ámbito familiar que el paciente tenga conflictos con sus padres o su esposa, en el laboral puede ser que no esté satisfecho con su trabajo etc. Son situaciones que va a generar quejas al y puede desencadenar este malestar que el paciente va a querer manejarlo a través del consumo del tóxico para apaciguar y que no le genere estrés.

3. ¿Cómo opera el toxicómano frente al deseo de consumir?

En primer lugar, ubicar a un paciente toxicómano que no ha pasado por un proceso de rehabilitación, esta persona va a ceder ante el consumo ya que la persona no ha adquirido algún tipo de recurso o herramienta que puede utilizar ante la ansiedad de consumir. Por otro lado, una persona que ha estado en proceso de rehabilitación si va a tener los recursos que utilizar para lidiar con dichas situaciones de deseo de consumo.

4. ¿Qué tratamientos o técnicas/métodos, utiliza para los pacientes con consumo toxicómano?

La técnica que utilizo es la cognitiva conductual ya que el paciente toxicómano viene el consumo la sustancia ligada con un trastorno de conducta, la mayor parte viene con esta conducta antisocial o disocial se rige mucho con la corriente cognitiva conductual en el cual aplicamos técnica como la terapia conductual emotiva, la de moldeado entre otras, que nos puede ayudar a moldear la conducta del paciente. Tratamos de corregir una conducta, pero también trabajamos estos malestares, todas estas quejas, más que nada ubicar el síntoma del paciente. Muchas veces el síntoma se encuentra en el ámbito familiar o personal, una vez que ubicamos el síntoma trabajamos con él.

5. A partir de su experiencia profesional ¿qué espera del tratamiento la familia del sujeto con consumo toxicómano?

Dentro de mis pacientes o los familiares tienen expectativas muy altas, suelen adquirir un concepto erróneo en el que creen que el paciente cuando salen es como si volvieran a nacer, como si fueran personas nuevas y no, son los mismos chicos que salen con herramientas de cómo afrontar dichas situaciones estresantes. En muchas ocasiones estas expectativas altas ejercen presión en el paciente por ejemplo regresar de nuevo al trabajo.

Psicólogo Carlos Barreiro Torres

1. ¿Qué es para usted la recaída del consumo toxicómano?

La recaída no sólo implica volver a consumir, yo pienso que una recaída también implica a retornar a una manera de pensar que se usaba en consumo.

2. ¿Cuáles son las situaciones de riesgo que producen un retorno a los patrones de pensamiento y conductas típicas de las adicciones?

Son las expectativas, esperanzas, ideales que los pacientes tienen que son muy falsos y muchas veces muy fantasiosos al momento de enfrentarse a la realidad, colapsan se quedan sin recursos y recurren a lo que conocen... las drogas.

3. ¿Cómo opera el toxicómano frente al deseo de consumir?

El paciente ante el deseo de consumir, muchas veces ceden ante este deseo porque la respuesta que entrega el tóxico hacia el sujeto es muy agradable, es de fácil acceso, es única, el deseo de consumir genera angustia e intranquilidad en la persona

4. ¿Qué tratamientos o técnicas/métodos, utiliza para los pacientes con consumo toxicómano?

En lo que refiere a la terapia individual usando como base el método psicoanalítico, se usa mucho la asociación libre. El paciente logra verbalizar aquello que no ha podido hacer hace 15 años, aquello que el tóxico tapa, que el paciente logre racionalizar su consumo. Muchas veces no tienen idea del porque consumen, dicen solo para aliviar una angustia, hacerlo entender que eso no se va a ir, sino que es algo con lo que tiene que vivir, no tiene que consumir para llevarlo

5. A partir de su experiencia profesional ¿qué espera del tratamiento la familia del sujeto con consumo toxicómano?

Bueno, obviamente la familia va a esperar una cura, una posible cura, una respuesta más que nada, a que paso, porque paso, de quien fue la culpa, eso es lo que la familia siempre va esperar, alguien que le diga que hacer, como hacer, para que hacer, lamentablemente eso no es algo que se pueda decir, eso es algo que se va entrenando en la práctica, después de la clínica, el tratamiento psicólogo, la familia debe buscar la manera de controlar a su familiar, hijo, sobrino, nieto, tiene que buscar la manera de llevarlo y regularlo, eso no puede hacerlo un psicólogo, eso no puede decirlo como un psicólogo, eso tiene que descubrir la familia, con guía tal vez y apoyo psicológico y de otras personas, pero siempre al final va a ser decisión del paciente toxicómano como el de la familia, no es algo que se pueda resolver en la clínica, la clínica no va a curar eso, la clínica lo que va a dar o brindar es un tratamiento y un apoyo, para que el paciente se conozca el mismo y un apoyo también para las familias es que conozca a su paciente, porque muchas veces no lo conocen o no saben quiénes son realidad, y la

familia siempre va a buscar una cura, pero esa cura no existe como tal un método o reglas para curar, sino que es en la práctica, en el caso a caso

Anexo 2. Entrevista a pacientes

Paciente S

1. ¿Qué es para usted la recaída?

Para mí la recaída es algo emocionante porque siempre han sido planificadas, mis primeras recaídas fueron una ilusión por amor, recaía por la persona que en ese entonces estaba sentimentalmente.

2. ¿Cuáles son las causas que provocaron una recaída en usted?

Mi novia, la soledad y las malas amistades

3. ¿Cómo se ha ido dando su proceso de tratamiento durante su recaída?

En este proceso me he dedicado a estar callado, no hablar, antes me acuerdo de que exigía hablar con el psicólogo, pero esta vez no. He tomado esta postura ya que no quiero ser intenso. Ser intenso para mi mamá es que yo ya este mal y ser intenso en la clínica es sinónimo de estar entrando en ansiedad.

4. ¿Cuáles fueron las expectativas de su familia en torno al tratamiento después de su recaída? ¿Considera que tuvo alguna relación con su recaída, si es así de qué modo?

Mi mama siempre me decía que yo tenía que hacer lo que ella me decía y no lo de la clínica, ellos viven de “yo no soy adicto para ellos” pero yo sé que soy adicto, no me gusta decir que soy adicto prefiero la palabra drogadicto, siento que me estoy poniendo una etiqueta. Siento que no asimilan el tratamiento porque nunca vienen a las terapias familiares, creo que ellos también deberían recibir tratamiento porque son enfermos. Sería feliz si me dijera que mi mamá vino hablar con el psicólogo.

5. ¿Considera usted que hubo algo en el tratamiento que propicio su recaída?

Sí - No ¿Por qué?

Diría que fueron las mentiras, me decían que esta semana seria mi confrontación y nada. Me estuvieran haciendo eso hasta que cumplí los 9 meses, considero que eso no fue ni ético ni profesional y siempre lo he dicho. Sin embargo, en mis otros tratamientos pasé por diferentes psicólogos, pero con el último psicólogo sentí que él pudo llegar a mí. Me comprendido porque teníamos la misma edad, pude expresarme bastante. Nunca he llorado frente a un psicólogo, pero con el me toco llorar de las cosas que yo sentía. Me envió una tarea en el que escriba las cosas que me hacía sentir mal, era como un pequeño diario. Sentí un ambiente de confianza.

Paciente R

1. ¿Qué es para usted la recaída?

Recién la experimento por primera vez porque tuve casi 5 años sin consumir alcohol y drogas. Para mi recaer es volver a las viejas ideas que uno tiene.

2. ¿Cuáles son las causas que provocaron una recaída en usted?

Problemas con mi esposa, enfermedad, distanciamiento con mi familia, soledad, complicación en el trabajo debido a la pandemia y el fallecimiento de un ser querido.

3. ¿Cómo se ha ido dando su proceso de tratamiento durante su recaída?

Lo que yo hice en este tratamiento fue oír, callar y meditar a diferencia de mi primer tratamiento. He sentido que me ha funcionado también los psicólogos me han ayudado. Aprendí bastante en que debo tener cuidado no solo al alcohol que fue mi primer problema sino a todo.

4. ¿Cuáles fueron las expectativas de su familia en torno al tratamiento después de su recaída? ¿Considera que tuvo alguna relación con su recaída, si es así de qué modo?

En el primer tratamiento estuvieron pendientes, todos los viernes venían a la terapia familiar, me enviaban cartas y barracas. Ahora no han asistido ningún día, tampoco se han puesto en contacto con la clínica, no sé nada de ellos.

5. ¿Considera usted que hubo algo en el tratamiento que propicio su recaída?

Sí - No ¿Por qué?

No, por parte de los psicólogos fue un buen tratamiento. Pero en el primer tratamiento había más personas dando terapia grupal y mantenía mi mente muy ocupada. Ahora siento que solo paso sentado en la sala y que no dan mucha terapia.

Paciente J

1. ¿Qué es para usted la recaída?

Para mí la recaída es un proceso que ya viene desde muy antes, mientras tu no lo expresa se hace realidad. Yo mucho antes tenía ganas de consumir, pero por el miedo de que no me vayan a dejar salir no lo comunicaba. Pero la recaída, mientras tú puedas manifestarlo con alguien yo creo que no llegas a ese punto.

2. ¿Cuáles son las causas que provocaron una recaída en usted?

Problemas con mi mujer, es la única que tengo aquí ya que mi familia está en Chile, quería estar con mi mujer así consumiendo, pero no funciona, estoy solo. Hay tantas cosas que se me vienen a la cabeza como que me dejaron botaron, nadie viene a terapia o pregunta por mí, eso a mí me pone mal.

3. ¿Cómo se ha ido dando su proceso de tratamiento durante su recaída?

El psicólogo Carlos ha dado lo que más ha podido, ha hecho su trabajo, simplemente yo no he querido tomar sus sugerencias. Él ha logrado hacerme ver que soy una persona que me cierro mucho, que las cosas no se resuelven de esta manera sino así, llevarlo con calma para ver si te funciona. Yo veo que se ha esmerado en mí

4. ¿Cuáles fueron las expectativas de su familia en torno al tratamiento después de su recaída? ¿Considera que tuvo alguna relación con su recaída, si es así de qué modo?

Ellos siempre han querido lo mejor, quieren yo sea la misma persona que antes, trabajador, pero siempre los decepciono al volver a consumir. Me ha generado presión porque yo también lo he querido hacer, pero nunca lo he logrado ser porque otra vez vuelvo al consumo. No he podido identificar por qué si yo muchas veces si tengo el deseo de seguir adelante por mi hijo, por mí.

5. ¿Considera usted que hubo algo en el tratamiento que propicio su recaída?

Sí - No ¿Por qué?

No, siempre hacen lo que más pueden. Con los psicólogos que me han tocado se han esmerado bastante y me hicieron entender muchas cosas.

Paciente N

1. ¿Qué es para usted la recaída?

Para mí es volver a drogarse, caerse solo en drogas.

2. ¿Cuáles son las causas que provocaron una recaída en usted?

Mi familia y las prostitutas en eso giran mi recaída. Cuando yo salgo dependo mucho de mi familia, ellos me empiezan a dar todo y yo les cojo, entonces ahí me genera una excusa para no progresar en el proceso. También mi familia toma mucho alcohol y yo participo en las reuniones de ellos, no consumo en el momento solo los veo y como que se me queda grabado. Diría que la dependencia afectiva a mi familia, lo sexual y económica.

3. ¿Cómo se ha ido dando su proceso de tratamiento durante su recaída?

Yo pienso que al principio no estuvo tan bien con mi psicólogo, lo termine detestando porque pensaba que le decía a mi mamá que no me traiga cosas. Podría decir que fue una relación ambivalente, pero si siento que me ha ayudado en algunas cosas.

4. ¿Cuáles fueron las expectativas de su familia en torno al tratamiento después de su recaída? ¿Considera que tuvo alguna relación con su recaída, si es así de qué modo?

Yo pienso que ellos por un lado si tenían expectativas altas de mi al decir que él va a salir bien y todo, pero a la vez también sentían desconfianza debido a los procesos tratamientos. Yo si siento que ellos si tienen dudas y desconfianza por no creer a simple vista en el tratamiento.

5. ¿Considera usted que hubo algo en el tratamiento que propicio su recaída?

Sí - No ¿Por qué?

No creo, pero algo que he podido identificar es que si a mí me dicen algo o prometen y no cumple me suelo enojar y decido no ir a las terapias.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Santillán Sánchez, Sheyla Micaela** con C.C: # 0953223120; **Valarezo Rezabala, Fulton Erick** con C.C: # 0958127748 autores del trabajo de titulación: **La recaída del consumo toxicómano en pacientes de la clínica de rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”**: Análisis de sus causas previo a la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 06 de febrero de 2023

f. _____

Nombre: **Santillán Sánchez, Sheyla Micaela**
C.C: **0953223120**

f. _____

Nombre: **Valarezo Rezabala, Fulton Erick**
C.C: **0958127748**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	La recaída del consumo toxicómano en pacientes de la clínica de rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”: análisis de sus causas		
AUTORES	Santillán Sánchez, Sheyla Micaela Valarezo Rezabala, Fulton Erick		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psi.Cl. De la Rosa García, José Miguel		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad De Filosofía, Letras Y Ciencias De La Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciados en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	06 de febrero de 2023	No. DE PÁGINAS:	82
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis, toxicomanías, recaída.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Análisis de causas, toxicomanía, recaída, consumo toxicómano, drogas, psicoanálisis.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El trabajo de investigación está basado en un análisis de las causas que se presenta ante una recaída del consumo toxicómano en pacientes de la clínica de rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”, donde se define en tres capítulos, que es la recaída del consumo toxicómano, el tratamiento que reciben los pacientes toxicómanos y las causas que provocan la recaída del paciente hacia el consumo toxicómano. Dentro de los capítulos explican las diferentes vertientes de la recaída desde el enfoque psicoanalítico. Por lo cual, la investigación presenta el enfoque cualitativo con el paradigma fenomenológico hermenéutico que explica la perspectiva y vivencias de la persona, por consiguiente, el método que se utilizó es el deductivo, por lo que la técnica de recolección de datos aplicada al trabajo son la revisión bibliográfica, las viñetas y como instrumento las entrevistas semi estructuradas que serán aplicadas a los psicólogos y pacientes de la clínica de rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”, este tipo de entrevistas permite la flexibilidad e inmunidad para recolectar la información específica y necesaria para integrarla al estudio. Al conseguir los resultados del análisis de datos se ha adquirido la información necesaria para saber las causas específicas que repercuten a que el paciente tenga una recaída al objeto tóxico, la información se relaciona en demasía con el contexto familias, sentimental, laboral y social, además de los patrones de pensamiento y comportamiento de los pacientes, esto incluye sentimiento de soledad, tristeza, por la situación que están atravesando en cuando a su consumo de drogas.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593998754120 +593992416874	E-mail: sheyla.santillan@cu.ucsg.edu.ec fulton.valarezo@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Psic.Cl. Tatiana Torres Gallardo, Mgs. Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419 E-mail: tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			