



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

TEMA:

La recaída en pacientes neuróticos toxicómanos.

AUTORA:

Porras Muñoz, Noelia Abigail

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Gómez Aguayo, Rosa Irene, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

9 de febrero del 2024



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 **Porras Muñoz, Noelia Abigail**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. _____

Psic. Cl. Gómez Aguayo, Rosa Irene, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

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

Guayaquil, a los 9 del mes de febrero del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **PORRAS MUÑOZ, NOELIA ABIGAIL**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **La recaída en pacientes neuróticos toxicómanos**, previo a la obtención del título de **Licenciada 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 mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 09 del mes de febrero del año 2024

LA AUTORA

f. _____

Porras Muñoz, Noelia Abigail



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AUTORIZACIÓN

Yo, **PORRAS MUÑOZ, NOELIA ABIGAIL**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **La recaída en pacientes neuróticos toxicómanos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 09 del mes de febrero del año 2024

LA AUTORA:

f. 

Porras Muñoz, Noelia Abigail



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO

 CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Noelia Porras Proyecto de titulación

0%
Textos sospechosos

< 1% Similitudes (ignorado)
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
< 1% Idioma no reconocido (ignorado)

Nombre del documento: Proyecto de Titulación Noelia Porras final.docx	Depositante: Noelia Porras	Número de palabras: 35.393
ID del documento: 34fba939318392e999a979a5396683256ec1b641	Fecha de depósito: 26/1/2024	Número de caracteres: 219.398
Tamaño del documento original: 2,5 MB	Tipo de carga: url_submission	
Autor: Noelia Porras	fecha de fin de análisis: 26/1/2024	

Ubicación de las similitudes en el documento:



TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: La recaída en pacientes neuróticos toxicómanos.

AUTORA:

Porras Muñoz, Noelia Abigail

INFORME ELABORADO POR:

TUTORA

Psic. Cl. Rosa Irene Gómez Aguayo, Mgs.

Guayaquil, a los 29 días del mes de enero del año 2024

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecerle a mi papá y a mi mamá, por todo el esfuerzo que han hecho para que yo pueda concluir con mis estudios, por su apoyo y amor incondicional que he recibido durante toda mi vida por parte ustedes.

Gracias a mis hermanos por ser parte de todo este proceso, quienes se encargaron de formar mi carácter, con quienes de la mano atravesé todos los obstáculos que se interponían en el camino de nuestras vidas.

Gracias infinitas a mi perrita luna quien me brindo todo su amor leal y fue parte esencial de mi camino hasta mi penúltimo año de mi carrera y me acompañó madrugadas bajo mis pies, mientras realizaba mis tareas.

Agradezco a mi tutora Rosa Irene, que fue parte fundamental dentro de mi proceso académico y quien escogí para que sea mi guía en este proyecto de investigación, quien me dio su confianza, su apoyo y sobre todo su conocimiento para complementar este proyecto.

A Camila y a Emma por no dejarme tirar la toalla cuando pensaba que ya no podía, tener sus palabras de aliento y su apoyo durante todo este complicado proceso fueron de gran ayuda para mi motivación y confianza.

DEDICATORIA

A mi familia, por su apoyo y compañía dentro de todos estos años de estudios que me brindaron para poder forjarme como profesional.

Me lo dedico a mí, porque a pesar de todos los obstáculos pude encontrar el camino para seguir adelante, me enseñó a confiar más en mi y en mis capacidades, porque una nota no es nada comparado a todo el aprendizaje y conocimientos adquiridos dentro de estos largos años de carrera.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
Pregunta General	5
Preguntas específicas	5
OBJETIVOS	5
Objetivo general:	5
Objetivos específicos:.....	5
JUSTIFICACIÓN	6
ANTECEDENTES.....	8
Análisis de antecedentes.....	13
CAPÍTULO 1: La historia de la toxicomanía y su evolución como síntoma social.	16
Historia de la relación de la droga con el sujeto.....	16
La toxicomanía	19
La toxicomanía desde el enfoque psicoanalítico.....	20
Perspectiva Freudiana	21
Perspectiva Lacaniana	22
Neurobiología de la toxicomanía	22
Consecuencias orgánicas de las drogas	24
El síntoma social en la toxicomanía.....	27
Discurso capitalista de Lacan	29
CAPÍTULO 2: La neurosis y la función de la toxicomanía	34
La estructura Neurótica	34
El fantasma y el deseo de la neurosis	36
Síntoma de la neurosis.....	42
Función de la toxicomanía en la neurosis.....	44
CAPÍTULO 3: La recaída y los tratamientos del toxicómano.....	47
La recaída	47
La “recaída” desde el psicoanálisis.....	49
Tratamientos	53
Enfoque cognitivo conductual.....	54

Enfoque Psicoanalítico	58
CAPÍTULO 4: Metodología	64
Enfoque:.....	64
Paradigma:	64
Método:	65
Instrumentos:.....	65
Muestra:	66
CAPÍTULO 5: Presentación y Análisis de resultados	67
Análisis de resultados de las entrevistas	68
Análisis de resultados.....	74
CONCLUSIONES	78
REFERENCIAS	80

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Presentación de variables	67
Tabla 2: Análisis de resultado de la entrevista	69

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Matema base de Lacan para crear los discursos	29
Figura 2: Matema de discurso del amo	30
Figura 3: Matema de discurso de la universidad	30
Figura 4: Matema de discurso del analista.....	31
Figura 5: Matema de discurso de la histérica	31
Figura 6: Matema de discurso capitalista.....	32
Figura 7: Formula del fantasma neurótico.....	37
Figura 8: Fantasma de la neurosis obsesiva.....	39

RESUMEN

En la presente investigación, estuvo basada en un análisis de las causas subjetivas que se manifiestan en la recaída de aquellos pacientes neuróticos toxicómanos que ya pasaron por un tratamiento psicológico, la cual consta de tres capítulos, sobre qué es la toxicomanía, la construcción de la estructura neurótica y el funcionamiento de la toxicomanía dentro de esta estructura, por último, se presenta la recaída y el tratamiento con respecto a estos pacientes. Asimismo, dentro de los capítulos se explicó las diferentes perspectivas de la toxicomanía y de la recaída. Por lo tanto, la investigación presentó un enfoque cualitativo con el paradigma descriptivo y explicativo que permitió basarnos en las perspectivas y experiencias de las personas, de forma que el método que se empleó fue el descriptivo, ya que las técnicas de recolección de datos aplicadas en esta investigación fueron la revisión bibliográfica y análisis teórico, el instrumento que se aplicó es una entrevista semi estructurada a profesionales en el área de adicciones o toxicomanías, debido a que por medio de la entrevista permitió una mayor flexibilidad para recoger la información necesaria para la investigación. A través de los resultados del análisis se adquirió información específica para conocer los desencadenantes destacados que conllevan al paciente toxicómano a recaer en el consumo del objeto droga.

Palabras claves: Toxicomanía; Neurosis; Goce; Deseo; Repetición;
Recaída; Tratamiento.

ABSTRACT

The present research was based on an analysis of the subjective causes that manifest themselves in the relapse of those neurotic drug addict patients who have already undergone psychological treatment, which consists of three chapters, on what is drug addiction, the construction of the neurotic structure and the functioning of drug addiction within this structure, and finally, relapse and treatment with respect to these patients are presented. Also, within the chapters, the different perspectives of drug addiction and relapse were explained. Therefore, the research presented a qualitative approach with the descriptive and explanatory paradigm that allowed us to rely on the perspectives and experiences of people, so that the method used was descriptive, since the data collection techniques applied in this research were literature review and theoretical analysis, the instrument applied was a semi-structured interview with professionals in the area of drug addiction, because through the interview allowed greater flexibility to collect the information needed for the research. Through the results of the analysis, specific information was acquired to know the main triggers that lead the drug addict patient to relapse in the consumption of the drug object.

Key words: Drug Addiction; Neurosis; Jouissance; Desire; Repetition; Relapse; Treatment.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se basará en analizar a los sujetos neuróticos toxicómanos que pasan por un tratamiento psicológico, el cual les permite llegar a un estado de abstinencia. Identificando los desencadenantes que conlleva a que, a pesar del tratamiento, el sujeto recaiga en este deseo de consumir, dejando atrás todas las evoluciones psicológicas, físicas e incluso biológicas que se desarrollaron estando internado.

Por otro lado, está el comprender al sujeto neurótico y su economía del goce, que causa que vuelva a repetir las mismas acciones para consumir sustancias. Además, describir el tratamiento psicológico, desde un enfoque psicoanalítico y cognitivo conductual, en donde se desarrolla las estrategias y técnicas aplicadas en los pacientes neuróticos toxicómanos recaídos.

Es por esto que, por medio de la investigación se recolectó información por un análisis teórico a través de la revisión bibliográfica y también por la entrevista dirigida a profesionales que hayan trabajado específicamente con pacientes neuróticos toxicómanos y en cómo ellos han manejado la recaída acorde a estos pacientes.

De acuerdo, al Instituto de Investigación de Tecnologías y Producción (2023), la investigación guarda correspondencia con el Dominio 5 de *educación, comunicación, arte y subjetividad* de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, debido a que tiene un concepto articulado que se convierte en eje configurador de los sistemas conceptuales de las disciplinas científicas que están involucradas en su objeto de estudio y la subjetividad. En esta investigación el objetivo de estudio está ubicado en el malestar de la cultura, el inconsciente y la posición del sujeto.

En el Plan de Creación de Oportunidades Nacional de Planificación (2021), esta investigación guarda correspondencia con el *Eje Social* con el objetivo de garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. Este eje se enfoca en promover la igualdad de oportunidades, el bienestar social y la inclusión de todos los ciudadanos.

En relación con el Plan de Desarrollo Sostenible guarda correspondencia con el objetivo 6 *Salud y Bienestar* ya que garantiza una vida sana y promueve el bienestar para todos en todas las edades. En este caso realizar una investigación más profunda con respecto a las manifestaciones psíquicas y somáticas que se desarrollan en los sujetos con consumo toxicómano.

Planteamiento del problema de investigación

La presente investigación tiene como objetivo analizar la recaída de los sujetos neuróticos toxicómanos luego de un estado de abstinencia. Desde la clínica, se establecen ciertos conceptos con respecto a la estructura neurótica, pero el paradigma se encuentra en cómo funciona el goce y la castración dentro de los sujetos toxicómanos que realizan intervenciones psicológicas para poder atravesar su rehabilitación y aun así recaen.

El consumo a las drogas o toxicomanía, es un malestar que se presenta a nivel mundial y nacional, que afecta a sujetos de todas las edades, sexos y culturas. Es aún más alarmante, cuando luego de estar en un periodo de abstinencia, institucionalizado en un hospital con intervenciones psiquiátricas, psicológicas y médicas, recae al volver a su vida social cotidiana.

Barrenengoa (2020), en su artículo Adicciones y nuevos síntomas: lecturas de la estrategia toxicómana desde el psicoanálisis concluía que “Los episodios de abstinencia y de recaídas darían cuenta de una forma particular de vulnerabilidad y desvalimiento que se manifiestan cuando falta el tóxico” (p. 78). Es decir, que aquellos sujetos que recaen en el deseo de consumir drogas, es porque están en una falta tan fuerte que la única solución que encuentran es volver a consumir para poder calmar todas aquellas sensaciones e ideas que salen de su ser.

Por lo tanto, identificamos que “la estructura neurótica comprende a la neurosis histérica, la cual privilegia el cuerpo del sujeto como lugar de inscripción de los síntomas, y la neurosis obsesiva, cuyos síntomas privilegian el pensamiento como lugar de aparición” (Bernal, 2009, p. 2). En los sujetos neuróticos siempre está este cuestionamiento por el “ser” o ¿quién soy yo

para el Otro? o ¿qué quiere el Otro de mí?, entonces qué pasa con aquellos neuróticos que padecen de este deseo de consumo toxicómano que no pueden controlar, ni por complacer al Otro.

Desde el enfoque psicoanalítico, “la toxicomanía está ligada al cuerpo del sujeto, no referente al cuerpo fisiológico sino como el lugar donde circula el goce, destacando la dimensión simbólica en el sufrimiento del sujeto” (Moreno, 2016, p. 2). Profundiza en cómo el cuerpo se relaciona con la toxicomanía, ya que la droga la determina como el objeto y le da la apertura al goce.

La recaída sigue siendo una problemática común dentro de la toxicomanía, por lo que se la conoce como este proceso en que aquel sujeto toxicómano que logró encontrarse en una etapa de abstinencia total, vuelve a caer en el consumo tóxico. No existe una definición conceptualizada de la recaída, pero se la podría determinar como “el estado de necesidad de repetir el consumo, teniendo o no noción de las consecuencias, pudiendo entenderse como un intento de reducción aversiva posterior al consumo (Domjam, 2010; OMS, 2008 como se citó en (Sánchez & Llorente del Pozo, 2012, p.2). Por lo tanto, se determina a la recaída más bien como una repetición, que se la puede asociar con un goce sin límites dentro del psicoanálisis.

Por otro lado, en La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) presenta en Ecuador los principales hallazgos del Informe Mundial de Drogas 2022,

La atención por consumo problemático se mencionó que alrededor de 284 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron drogas en todo el mundo en 2020, lo que supone un aumento del 26% respecto a la década anterior (p. 2).

Por lo tanto, se ve reflejado que ha incrementado el consumo de drogas desde adolescentes hasta adultos mayores y quienes han recurrido a una atención psicológica, por lo que esta investigación tiene como finalidad brindarle a la clínica información profunda para intervenir ante la recaída en los sujetos con consumo tóxico.

A pesar de la potencial relevancia de esta relación, hay una falta de investigación científica que se la explore de manera subjetiva, objetiva y profunda por lo que surgen preguntas que son las que van a permitir el desarrollo de esta investigación:

Pregunta General

¿Por qué los sujetos neuróticos toxicómanos recaen, a pesar de atravesar un programa de intervención psicológica?

Preguntas Específicas

- ¿Qué es la adicción, toxicomanía y cuáles son las consecuencias neurobiológicas que ocasionan en el sujeto?
- ¿Cómo se construyen los sujetos neuróticos y cuál es su relación con la toxicomanía?
- ¿Cuáles son las técnicas empleadas en el tratamiento de los sujetos toxicómanos desde el enfoque psicoanalítico y cognitivo conductual?

Objetivos

Objetivo General:

- Analizar las causas psíquicas en los sujetos neuróticos toxicómanos que recaen, a pesar de atravesar un programa de intervención psicológica, por medio del método descriptivo para una posible práctica clínica en sujetos con consumo toxicómano.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la adicción, toxicomanía y las consecuencias neurobiológicas que ocasionan en el sujeto, por medio de revisión de fuentes bibliográficas.
- Describir la estructura neurótica y su relación con la toxicomanía, por medio de la revisión de fuentes bibliográfica.

- Explorar los métodos de intervención psicológica aplicados en sujetos neuróticos toxicómanos recaídos, por medio de entrevistas a los psicólogos especialistas en adicción a las drogas.

Justificación

La investigación permitirá descubrir los desencadenantes que influyen en la recaída de los sujetos neuróticos toxicómanos que están en abstinencia, la cual tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los individuos afectados, además de su entorno social y familiar. Asimismo, la estructura psíquica predestinada para el desarrollo de esta investigación fue la neurótica, en la que se presentan los diques pulsionales, aquellos que pueden ser interpretados como las defensas que regulan los impulsos y deseos del sujeto, por lo que intervienen directamente, tanto en el consumo tóxico, como en la abstinencia.

Por otro lado, poder comprender a la toxicomanía como síntoma social, por lo que puede generar un falso discurso para realizar una representación con la droga. Además, cómo el goce toxicómano funciona en el sujeto neurótico, ya que es una clave importante dentro de esta investigación que nos guía a conocer la repetición que se da en el toxicómano que comúnmente se la conoce como recaída. Por lo tanto, se realizará una explicación teórica sobre los tratamientos que se emplean con estos pacientes desde un enfoque psicoanalítico y cognitivo conductual, debido a que son dos métodos distintos pero los que más se emplean dentro de esta problemática.

Actualmente el abuso de sustancias tiene efectos negativos significativos en la salud física y mental de los sujetos, lo cual puede conducir a una disminución en la calidad de vida de las personas, la toxicomanía no solo afecta a los sujetos, sino que también tiene un impacto en la sociedad en general. Es por esto que se debe llevar a cabo este análisis para poder ejecutar intervenciones apropiadas y favorables en función a la problemática. Se utilizó la metodología y enfoque cualitativo desde el paradigma descriptivo y explicativo, las técnicas que se utilizaran en esta investigación son la revisión bibliográfica, recopilación y análisis de datos, en la cual se va a realizar

entrevistas a psicólogos profesionales quienes hayan trabajado con pacientes neuróticos toxicómanos recaídos.

ANTECEDENTES

Elizabeth Torres Rojas (2022) en su maestría titulada *Análisis teórico desde el psicoanálisis de la pulsión de muerte en toxicomanías*, ubicada en la ciudad de Quito, Ecuador. Se desarrolla con una metodología cualitativa, procura relacionar el concepto de pulsión de muerte con el de toxicomanías. Para lograr esto se realizó una investigación bibliográfica desde la teoría psicoanalítica principalmente la teoría propuesta por Freud y Lacan, sobre el concepto pulsión de muerte, además otros conceptos relacionados como el de cuerpo y goce. Por otra parte, se realizó una investigación sobre las toxicomanías desde la historia del término y los diferentes tipos de drogas. Finalmente, se consigue anudar los dos términos pulsión de muerte y toxicomanías, desde el psicoanálisis.

Torres (2022), menciona que el consumo de drogas podría ser una manifestación de esta pulsión de muerte debido que los adictos pueden buscar inconscientemente la autodestrucción a través del consumo excesivo de drogas como una forma de lidiar con conflictos internos, es por esto que durante el consumo dejan de lado estos diques pulsionales que los hace poner un límite al consumo y vendría a estar relacionado con traumas o ansiedades.

Ana María Vera Viteri (2020) en su artículo *Consideraciones clínicas sobre la toxicomanía*, en el presente estudio plantea una revisión acerca de la relación entre el goce Otro y de cómo este se determina como el que está presente en las toxicomanías. Nos aporta un gran conocimiento acerca de los efectos de los tóxicos en el sujeto y de cómo este tiene relación con la madre y de asumir al otro como castrado. Se desarrolla en Quito, Ecuador con una metodología cualitativa, utilizando la técnica de revisión bibliográfica y análisis teórico. Este artículo trata sobre el fenómeno de la toxicomanía estudiado desde el psicoanálisis, en el recorrido se argumenta que su apareamiento implica a los procesos de estructuración psíquica, se plantea que el consumo de una sustancia se presenta como la manifestación de un conflicto singular y al tóxico implicado como función en el engranaje psíquico. En este sentido, se analiza el ingreso del sujeto en el orden simbólico, como el resultado de la operación edípica y la elección de una posición sexuada, así se aborda la

feminidad, tomando en cuenta las categorías de la falta y las fórmulas de la sexuación para concluir que la posición femenina es un producto de la castración, pero no-toda está inscrita en la función fálica.

Leonardo Tarqui (2021) en su artículo científico titulado *Impacto del programa terapéutico alternativo en centros de rehabilitación para toxicómanos en Cuenca, Ecuador* en dos Centros Especializados en Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), estableciendo como grupo de intervención una población de 50 adolescentes varones entre 13 y 17 años, durante un proceso de tratamiento de rehabilitación de seis meses para el consumo de sustancias psicoactivas en el modelo de internamiento residencial. La segunda muestra la conformaron 30 adultos varones entre los 25 a 60 años en condiciones similares. La metodología de investigación fue cuali-cuantitativo, permitiendo identificar consecuencias y efectos en la aplicación del programa terapéutico alternativo, además se utilizaron procesos matemáticos para analizar los datos obtenidos en The Scale for Mood Assessment. Como herramienta evaluativa complementaria se incluyó el Cuestionario Subjetivo de Hábitos y Conductas Físico-Deportivas de Maurice Pierón durante los periodos iniciales y post tratamiento en ambos casos siendo éste el principal reactivo psicológico utilizado y centrando el análisis en 8 ítems del cuestionario que reflejan cuatro estados de ánimo generales: depresión, ansiedad, hostilidad y alegría, es decir, un pretest y post-test, esto con el objetivo específico de generar una evaluación comparativa entre la fase de ingreso de los pacientes al tratamiento, versus toda la etapa de internamiento en la cual se aplicaron programas lúdicos, de actividades físicas y deportivas, como estrategias complementarias prioritarias al modelo tradicional ecuatoriano de rehabilitación para consumidores de drogas; obteniendo como resultado el grado impacto de la incorporación de estas actividades como recursos terapéuticos optativos en poblaciones toxicómanas.

Nicolas Matteo Guzman y David Martinez Pernía, (2020) en su artículo *Una aproximación fenomenológica a la experiencia de recaída en el consumo de alcohol en personas con síntomas disociativos y experiencias traumáticas*

en donde el objetivo de esta investigación fue indagar en la recaída del consumo de alcohol en personas que sufrieron experiencias traumáticas y síntomas disociativos. Se realizaron seis entrevistas, basadas en la fenomenología trascendental de Edmund Husserl, en las que se indagó en la experiencia de recaída por consumo de alcohol. El método de análisis de entrevistas se realizó según la propuesta de fenomenología descriptiva de Giorgi. Los resultados de este estudio dan cuenta de una estructura temporal en la experiencia de recaída. En la fase inicial la persona tiene recuerdos asociados a la experiencia traumática, lo que le lleva a comenzar el consumo de alcohol para aliviar el sufrimiento experimentado. Posteriormente, y mientras se produce el consumo, siente momentos fugaces de satisfacción, los que son reemplazados por la sensación de pérdida de control y una valoración negativa de sí mismo. El fin de la recaída llega cuando la persona recurre a su entorno para dar cuenta de lo sucedido. Este estudio muestra la relevancia que tiene la temporalidad en la experiencia de recaída en el consumo de alcohol. Además, se propone que el fenómeno de la disociación química atribuido al alcohol y el acceso a la carga emocional es un proceso alternante y dependiente de la temporalidad.

Cecilia Inés Gangli, (2020) en su artículo *Función del tóxico en la subjetividad*, explica que el adicto es alguien que no dispone de recursos simbólicos para hacer frente a un estado masivo e invasivo de dolor y de angustia, referido a fallas en la operación constitutiva de la metáfora paterna. Esto se ve en la imposibilidad de entenderlas tanto con estímulos pulsionales, como con situaciones externas, ya sean familiares, sociales, etc. que desbordan sus precarios medios simbólicos. La droga funciona en este lugar como un recurso para defenderse del dolor. La droga parece llenar un vacío, taponar un agujero. Cuando no está, a veces la angustia adquiere dimensiones intolerables para el sujeto. Es por eso, que, en el transcurso de un tratamiento analítico, se deja que la abstinencia sea asunto del paciente. Solo se exige que el paciente se organice para hablar de sí mismo y que asista con regularidad a las sesiones. El tóxico puede funcionar como calmante del dolor que provoca la falta de deseo. Es habitual escuchar en la clínica, adolescentes o adultos que se quejan del aburrimiento, el tedio, la falta de

proyectos, la falta de deseo. Es un terreno propicio para que un sujeto haga uso de drogas, como remedio para el malestar provocado por la falta de deseo.

Stella López, (2020) en su artículo *Adicción y Toxicomanías ¿Una cuestión de términos?* Diferencia adicción de toxicomanía a partir del objeto droga. El surgimiento de la toxicomanía, a fines del siglo XIX, se correlaciona con el cruce del discurso de la ciencia y el capitalismo. Para el siglo XX, el fenómeno toxicómano se caracteriza por la dependencia de una sustancia. Hoy los objetos se multiplican, surgen nuevas adicciones a numerosos y diversos objetos de consumo; todo objeto se puede tomar adictivo en esta época caracterizada por el ascenso al cenit del objeto a (Lacan, 2012: 436). La novedad en la clínica contemporánea viene dada por la escalada fenomenal de la sustancia tóxica convertida en mercancía (Laurent, 2014). Mientras tanto, en nuestro medio las designaciones siguen aún poco claras: adicciones, consumos, toxicomanías. No obstante, se puede señalar que prevalece el término “adicción” sobre el de “toxicomanía”. Tanto las adicciones como los consumos se definen en la relación entre el sujeto y el objeto de satisfacción; la cuestión es cómo se interpreta tal relación. La referencia química/organismo enmascara la relación subjetiva con el consumo de sustancias; el efecto de la droga siempre es singular. El consumo de tóxicos pone en juego al cuerpo a veces hasta su extinción. La clínica enseña acerca de los efectos que el consumo produce sobre el cuerpo: excitación, euforia, relajamiento, lo que lleva a pensar que a tal sustancia le corresponde tal respuesta en el organismo y, como consecuencia, un determinado efecto. Si bien no hay ninguna relación directa entre psiquismo y cuerpo, esto no exime de una distinción posible entre los términos “adicción” y “toxicomanía”. En el caso del vocablo “adicciones”, de amplio uso y concerniente a patologías del acto, se trata de un culto al consumo desregulado, objetos que ingresan aparejados a la exigencia de repetición. Sin embargo, es importante mencionar que hay un real en juego en la toxicomanía, que se establece con la sustancia (López-Ibor Aliño, 1992), real que lleva a la muerte. Los casos de urgencia, con sus cuadros de intoxicación y de abstinencia hablan de un cuerpo en tanto desecho, abandonado, así como de un cuerpo que requiere ser cuidado, para que

alguna dimensión de la palabra pueda surgir. Aquí se trata de la fijeza, ya no de la repetición.

María Paula Paragis y Juan Jorge Michel Fariña (2023) en su artículo científico *Adicciones: lo pulsional en los escollos de la transferencia*, determina que las adicciones revisten un desafío particular en la clínica, en tanto se ofrece un espacio para la palabra allí donde el paciente ha depositado una certeza de goce en la sustancia. El presente artículo se enmarca en una investigación de Maestría en Psicoanálisis, la cual busca dilucidar las implicancias de la ruptura del adicto con el Otro. Aquí se propone indagar la especificidad del establecimiento de la transferencia, entendiendo que se trata de una modalidad del padecimiento psíquico que no se organiza según las vías de las formaciones del inconsciente. Nuestro objetivo es precisar qué implicancias tiene en la escena analítica la aparición de resistencias, que detienen el despliegue del saber inconsciente porque portan la marca de lo pulsional, y establecer algunas consideraciones sobre la intervención del analista en estos casos. Se destaca el valor de la maniobra analítica para ofrecer al sujeto nuevos modos de relación con la pulsión.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) presenta en Ecuador *los principales hallazgos del Informe Mundial de Drogas 2022*, menciona sobre la legalización del cannabis en algunas partes del mundo parece haber acelerado el consumo diario y las consecuencias relacionadas para la salud, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). El Informe, publicado hoy, también detalla el aumento sin precedentes de la fabricación de cocaína, la expansión de las drogas sintéticas a nuevos mercados y las continuas deficiencias en la disponibilidad de tratamientos contra las drogas, especialmente para las mujeres.

Según el Informe, alrededor de 284 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron drogas en todo el mundo en 2020, lo que supone un aumento del 26% respecto a la década anterior. Las personas jóvenes están consumiendo más drogas y los niveles de consumo actuales en muchos países son más altos que los de la generación anterior. En África y América

Latina, las personas menores de 35 años representan la mayoría de quienes reciben tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas. (UNODC, 2022)

María Florencia González Martínez, (2019) en su artículo científico de Compulsión de repetición y defensa en la obra freudiana posterior a 1920. Contribuciones para el abordaje de las toxicomanías se enmarca en la investigación “Núcleos temáticos relevantes en los últimos desarrollos freudianos. Aportes al problema de la finalización de los análisis”, dirigida por David Laznik. Forma parte, además, de la investigación de maestría realizada por la autora. El concepto de compulsión de repetición presenta en la obra freudiana un estatuto complejo en la medida en que designa en forma simultánea operaciones antagónicas. Nuestro objetivo es argumentar cómo la compulsión de repetición, en su articulación con los mecanismos de defensa y el carácter, brinda un modelo para el abordaje de las toxicomanías.

Jorge Luis Castillo, 2022 en su artículo científico de *Paradojas de la abstinencia*. Realizó una investigación con metodología cualitativa, desarrollada con un estudio descriptivo y empleando la técnica de revisión bibliográfica, en la que determinó que la abstinencia ha sido tema de investigación en los últimos dos años del Departamento de Toxicomanía y Alcoholismo del CIEC, que es una institución asociada al Instituto del Campo Freudiano en Córdoba. Este Departamento se inscribe también como parte de la Red internacional del TyA y a través de ella en una investigación psicoanalítica de más de treinta años sobre la clínica de la toxicomanía que es a su vez una clínica de la civilización. La abstinencia entonces tiene su interés para el psicoanálisis en tanto se trata de un significativo amo de nuestra época que es una época de “todos consumidores”.

Análisis De Antecedentes

En los antecedentes se puede observar como todos tienen relación con el enfoque psicoanalítico, revisión y análisis teórico con lo que se determina una metodología cualitativa, ya que también sus estudios son descriptivos y argumentativos. Además de dos artículos con metodología cuantitativa para

poder brindar información estadística acerca del nivel de consumo de drogas en el país.

En el primer artículo de Elizabeth Torres (2022) en el que se realizó una investigación sobre las toxicomanías desde la historia del término y los diferentes tipos de drogas. Stella López (2020) brinda una cuestión sobre la toxicomanía y su distinción con la adicción, sin embargo, brinda una teoría con perspectiva psicoanalítica en la que muestra un poco sobre la historia de la toxicomanía y que efectos tiene sobre el cuerpo del sujeto. Ana María Viteri (2022) analiza el ingreso del sujeto en el orden simbólico, como el resultado de la operación edípica y la elección de una posición sexuada. Además, en el artículo de María Florencia González Martines (2019) que desarrolla su investigación sobre la repetición en el abordaje de las toxicomanías, desde una perspectiva Freudiana, pero permite comprender la relación de la repetición con la recaída. Por último, dos artículos que brinda una investigación experimental en el de Leonardo Eliecer Tarqui Silva (2021) que bajo la recolección y análisis de datos extraídos en el desarrollo de la investigación hubo hallazgos sobre el grado impacto de la incorporación de estas actividades como recursos terapéuticos optativos en poblaciones toxicómanas, es decir, referente a las intervenciones clínicas que se emplean en sujetos con consumo toxicómano. El artículo de Paulina Rivadeneira (2022) brinda resultados estadísticos en el aumento de la producción y tráfico de drogas a nivel global, sin embargo, se especifica en Ecuador y su población. Lo que permite tener porcentajes estadísticos con relación a cómo se desenvuelve la población ecuatoriana.

En los antecedentes nacionales, se pudieron observar dos artículos con metodología cualitativas y descriptivas, que permite recoger información con respecto a las pulsiones y conocimientos psicoanalíticos para realizar el respectivo análisis teórico al respecto. También se obtuvo un antecedente con una metodología mixta con un estudio descriptivo y experimental, el cual permite obtener estadísticas sobre las recaídas y el consumo, por medio de herramientas evaluativas para poder defender el análisis teórico y de datos que se desarrolló en la investigación. Así mismo, en los antecedentes

internacionales y latinoamericanos se establecieron artículos en los que la mayoría utilizó metodología cualitativa, con la finalidad de recoger aportes psicoanalíticos con respecto a la toxicomanía y la recaída. No obstante, se agregó un artículo con metodología cuantitativa en el que brinda las estadísticas a nivel nacional y latinoamericano con respecto al consumo de drogas, más la tasa de intervenciones psicológicas que se han realizado en los dos últimos años por sujetos toxicómanos o adictos.

Todos estos antecedentes tiene como objetivo principal brindarnos una recolección de información, en las que se incluye una revisión teórica y estadística con respecto a la toxicomanía y la abstinencia, desde una perspectiva psicoanalítica para poder explicar esta investigación, por medio de señalizaciones subjetivas y objetivas con la relación de la función de la toxicomanía y la recaída dentro de los sujetos neuróticos toxicómano, además de las intervenciones que se desarrollan con el mismo.

CAPÍTULO 1

La historia de la toxicomanía y su evolución como síntoma social.

Historia de la relación de la droga con el sujeto

La relación entre el sujeto y la droga se ha ido desarrollando desde hace milenios, por lo tanto, se empezará realizando un recorrido desde un enfoque antropológico y psicoanalítico con los aportes del texto *Introducción a la adicción y toxicomanía* (2005) que brinda Naparstek.

La relación del hombre con las drogas empieza desde el 1500, en esta época se relaciona a las drogas con la brujería, donde las drogas pasaron a segundo plano porque en realidad querían cazar a las brujas. Alrededor de qué va avanzado el tiempo la droga se la empieza a relacionar con los demonios, incluso hay un tratado de 1580 llamado “De la demonomanie des sorciers” publicado por Bodino, en donde se determina una relación directa entre los demonios y la droga (p.15).

Por lo tanto, la religión es parte fundamental para la relación que se instaura entre el sujeto y la droga, sobre todo en el budismo fue una de las religiones más involucradas en aplicar el consumo de drogas para ciertas prácticas. Conocían a la marihuana como “cáñamo”, la cual va totalmente acorde a la práctica de ellos con respecto a esto de la meditación y esta misma droga fue empleada también en la península hindú en los escritos Vedas, que son aquellos textos más antiguos en los que se describe a la religión hindú. Además, el consumo de marihuana es una de las drogas más consumidas tanto en las tribus de América como de Centro América. Así mismo, se encuentra en el antiguo testamento esta relación del consumo de alcohol con el sujeto, sobre todo en la cultura judeo-cristiana, la solían utilizar como un analgésico o ya sea para sentir los efectos que produce el consumo de esta sustancia. (p.12)

Luego, en la historia cultural china aparece el consumo del opio como una de las sustancias tóxicas más adictivas, debido a que suele ser la base de muchos medicamentos y diferentes tipos de drogas. Los chinos fueron los primeros en utilizar el opio para diferentes prácticas, hasta que los ingleses

comenzaron a comercializar y prohibieron el opio en China por diferentes razones económicas. Lo que se destaca en esta época es que a partir de que prohíben el opio, se vuelve un problema para la población China, entonces aparece esta relación entre la ley y el deseo, ya que como Lacan menciona que, “cuando algo es prohibido, es a la vez más deseado” (p.15). Por lo que, lleva a un nuevo cuestionamiento en que si el consumo se vuelve una problemática social por culpa del estado o en realidad la problemática está en que cada sujeto debe hacerse cargo de su propio consumo.

Del mismo lado cultural, se plantea a la cultura grecorromana que establece la etimología del término Pharmakon, que se refiere al “fármaco”, el cual se lo podía emplear como un remedio y veneno al mismo tiempo, actualmente se lo utiliza para el uso o no, indebido de estas sustancias tóxicas. Por otro lado, existe toda una historia acerca del Dios del vino y las tragedias que este trajo con el consumo del mismo, ya que también se anuda al vino con la creencia de Dios y consigo esta problemática en sí “es el vino el problema o quien lo consume” (p.13). Por medio, de este contexto histórico y cultural se puede plantear que es la integridad y la pureza de cada persona la que se verá tachada en este caso por el consumo de vino, pero también pasa con todo tipo de consumo toxicómanos, sin embargo, la interrogante es si es la sustancia tóxica quien ocasiona aquella pérdida del ser del sujeto o simplemente es el mismo sujeto quien deja caer su velo y se permite liberal. Por otro lado, en esta cultura llegaron al punto de querer buscar un control o medición frente al consumo de sustancias que no afecte desde tan temprana edad al hombre, por lo que impusieron una ley sobre a partir de qué edad se puede consumir vino, sin embargo, dejan a libre albedrío el consumo luego de los 30 años, porque determinan que los adultos mayores a 30 necesitarán consumir para poder sobrellevar sus problemáticas sociales, familiares y económicos de forma más liviana, lo que permite observar que desde siglos pasados siempre han utilizado a la droga como un escape de la realidad.

Por último, en este recorrido que señaló Naparstek termina en la época del liberalismo y el liberalismo económico está muy presente desde siglos pasados en Estados Unidos. Se empezaron a desarrollar nuevas ideologías que se vincularon con el liberalismo social, conceptuando a la democracia y los derechos que merecen los ciudadanos que les llega a permitir el uso de

ciertas sustancias tóxicas. Las drogas se posicionan con el movimiento hippie, comienzan estudios socioculturales con los indígenas y su consumo dentro de sus prácticas. Además, el nacimiento de las terapias desarrolló una creencia que al utilizar drogas se podía llegar con más facilidad al inconsciente y aparecen más variantes con las que el consumo de drogas se justificaba con las investigaciones realizadas en aquella época e incluso sigue así hasta la actualidad (p.16).

En esta misma época, se introduce los términos de la adicción o la toxicomanía en el momento que empieza el uso de morfina dentro del periodo de la guerra, utilizada en diferentes hospitales para calmar los dolores de las heridas de los militares, pero esta droga es una derivación del opio, aquella droga antes mencionada como una de las más adictivas, por lo tanto, conlleva a que aparezca la adicción a la morfina, en esta época conocida como “mal militar”. Pero, es que la misma forma que se empleó a la morfina en la guerra civil americana de 1860-1865, se seguirá utilizando en la guerra franco-prusiana 1860-70 y es así el comienzo de la adicción posterior a la guerra, porque se conoce a la abstinencia, ya que será el fenómeno que permitirá determinar a la toxicomanía o drogodependencia como una problemática ya no solo social, sino también médica con el síndrome de abstinencia. Se desarrolló la primera institución fundada por el Congreso americano para investigar el consumo de opiáceos y cocaína, llamada "Comité sobre la adquisición del hábito" (p. 17).

Para muchas personas el consumo de drogas era una situación que dependía plenamente de la persona, en si ella quería que aparecieran daños colaterales o no, no existían los “adictos” como tal, sino que se los refería como personas con hábitos “habitados”. Pero la interrogante que más sobresalió durante todas las épocas desde hace siglos pasados hasta la actualidad, es que siguen sin saber cómo adaptar al consumo toxicómano, es una problemática que se puede observar a nivel social y capitalista, porque es por los constructos sociales y el consumismo que le abren las puertas al sujeto para consumir de forma independiente o colectiva. Aun así, de cualquier forma, en lo que se quiera observar se terminará en la misma conclusión, donde el único encargado de sobrellevar el consumo es el sujeto mismo.

La toxicomanía

La toxicomanía y la adicción son dos términos que se han empleado para referirse a la dependencia a un objeto, existe cierta diferencia que se plantea nivel social y científico, cuando se menciona a la adicción es un término ya usado hace siglos pasados que se utiliza para referirse a una dependencia a una sustancia, juegos, compras, situaciones que le resultan placenteras al sujeto y pueden producir un consumo problemático. Por otro lado, el término toxicómano se define como “hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor” (RAE, 2023). Además, desde el discurso psicoanalítico se lo determina como un fenómeno social, en donde el sujeto puede quedar alienado a múltiples objetos que lo satisfagan. Es por esto que, si detallamos a la toxicomanía se encontrara que “proviene del griego "toxicon", que significa "veneno", y del latín "manía", que vendría a ser, locura caracterizada por delirio y agitación. Es decir, etimológicamente, la toxicomanía sería una alteración mental que induce al individuo al consumo de un veneno” (Lora & Calderón, 2010, par.15).

En la actualidad, la toxicomanía no solo implica el consumo de sustancias, sino también, un consumo de múltiples productos que mantiene al sujeto en dependencia, aquí, el mercado se pone en primer lugar barranto al sujeto. “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)

El capitalismo juega un papel importante en la aparición de este fenómeno. “El capitalismo representa aquella forma económica en la que el hombre puede desfogar mejor su agresividad como bestia salvaje” (Han, 2022, p.12). El tóxico representa ese puente para que el sujeto se encuentre conectado con la pulsión de muerte. Con el capitalismo aparece el intercambio en el sujeto en donde tachar al otro implica también una ganancia y el sujeto queda expuesto directamente al goce. El tóxico aparece como prótesis que le da la capacidad de decisión al sujeto para saber hacer o no lo social haciendo del capitalismo una herramienta básica.

La historia de las adicciones va de la mano con la historia del hombre. Escohotado (1998) en su libro historia general de las drogas 2 explica “Salvo

comunidades que viven en zonas árticas, desprovistas por completo de vegetación, no hay un solo grupo humano donde no se haya detectado el uso de varios psicofármacos” (p.11). Más allá de que el consumo de sustancias termine en dependencia, el uso de sustancias está presente en la historia del ser humano.

El consumo de cigarrillos, bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas, estas y muchas más, son adicciones que por el pasar de los años han destacado en la sociedad, además de las adicciones comportamentales, en donde el malestar del sujeto se ve involucrado en comportamientos antisociales que aparecen con la época y no se necesita una sustancia sino que se refiere a las conductas o comportamientos capaces de producir la misma dependencia con efectos a corto plazo y a largo plazo en la vida de la persona.

“Para el uso de la palabra “adicción” reservamos la relación del sujeto con el objeto de satisfacción, en tanto que cuando se habla de “consumos” refiere a lo que sella un modo de goce” (López, 2020, p.256) Es así, cómo se relaciona con la toxicomanía centrándose en este consumo tóxico del sujeto, comprender el lugar que le da el sujeto al objeto droga para establecer un estado de satisfacción o placer en donde se encuentra el goce.

La toxicomanía desde el enfoque psicoanalítico

Definir a la toxicomanía desde un enfoque psicoanalítico, lleva a definirla con aquellas conceptualizaciones o definiciones con las que hayan aportado Freud y Lacan, aquellos padres del psicoanálisis. Cabe recalcar que para Freud el objeto droga fue parte de su vida, como se observó en su texto “Los escritos de Freud sobre la cocaína: sujeto, objeto y contexto”, pero existen más observaciones que a lo largo de su carrera fue desarrollando con respecto al objeto droga y su consumo tóxico. Por otro lado, Lacan determinaba a la droga no como un objeto interesante para realizar una profunda investigación, aun así, desarrolló ciertas puntualizaciones y observaciones acerca de lo que decía Freud de la adicción, sin embargo, ninguno de los dos llega a teorizar a la toxicomanía, pero si a brindar conceptualizaciones acerca de este fenómeno para una comprensión psicoanalítica.

Perspectiva Freudiana

Freud tuvo una relación cercana con la droga durante el periodo de 1884 hasta 1887, en los que él dedicó para investigar los efectos de la cocaína en el cuerpo del sujeto, ya que él pensaba que por medio de esta droga encontraría una cura a las “afecciones dolorosas” de sus pacientes. De esta forma, fue como llegó a comprender que esta droga podría hacer un bien al sujeto por un corto lapsus de tiempo y a la vez una sustancia tóxica o venenosa no solo para el cuerpo, sino también para la salud mental del sujeto por un largo lapsus de tiempo, estas observaciones y entre otras se vieron analizadas en su texto Los escritos de Freud sobre la cocaína: sujeto, objeto y contexto (1884 - 1887).

Freud muestra cómo la adicción o la toxicomanía se vuelve un autoengaño en la vida del sujeto, quien no quiere enfrentarse a la realidad. Además de determinar que el sujeto y su relación con la droga, dependerá mucho de su contexto social y familiar en el que se desenvuelve.

Desde una primera instancia Freud va a relacionar la sexualidad infantil del sujeto, estableciendo que la lactancia materna será un sustituto deseado para generar un estado placentero primitivo. Por lo que un concepto Freudiano sobre la toxicomanía es que “la forma de gratificación oral o de un “sustituto del pezón” por la leche inconscientemente deseada representada en el objeto causa de la adicción” (González Guerras, 2008, p.6).

El deseo vehemente y sobre todo repetitivo de intoxicación compulsiva constituye para Freud (1897) la sustitución del acto masturbatorio, en la medida en que es un impulso, al que aun cuando se quiere reprimir se le impone al sujeto de una manera compulsiva (González Guerras, 2008, p. 6).

Para Freud la adicción o toxicomanía está plenamente relacionada desde la primera etapa de la sexualidad en el sujeto con este acto masturbatorio, en el que no se puede reprimir al sujeto porque tendrá este impulso de realizar la acción repetitivamente, es exactamente similar a lo que pasa con el consumo toxicómano al querer llegar a una satisfacción de placer, disminuyendo los dolores físicos y emocionales.

Perspectiva Lacaniana

Con respecto a la toxicomanía, lo que hizo Lacan fue una lectura sobre las conceptualizaciones y observaciones que realizó Freud sobre este tema y a partir de esto él pudo argumentar al respecto.

Lacan en 1938, escribe “La Familia”, un texto en el que se plantea el defender el complejo del instinto, desarrollando tres complejos: el de destete, de intrusión y el de Edipo, estos se desarrollan durante la primera infancia del sujeto. Por lo que, Lacan para relacionar la toxicomanía con el sujeto se centrará en el complejo de destete como un primer trauma psíquico en el sujeto, el cual puede generar efectos tan destructivos como lo es la toxicomanía. (Lacan, 1938, pp. 145-154)

Se puede evidenciar esta argumentación de Lacan con lo antes ya planteado por Freud, en el que la toxicomanía aparece desde primera instancia en relación a la sexualidad del sujeto. El complejo de destete de Lacan comparado a la sustitución de seno de Freud tiene una argumentación similar, ya que en el destete puede ser algo traumante para el sujeto al momento que la madre, quien es su Gran Otro lo rechace, ocasionando que se sienta indefenso al estar lejos del pecho de su madre, repitiendo esta misma sensación en un futuro en donde el toxicómano se siente indefenso frente a esta compulsión de consumo tóxico.

Es relevante tener el conocimiento de que no todos los consumidores de sustancias tóxicas, van a pasar por una toxicomanía que los lleva a pasar por el síndrome de abstinencia. Es por esto que desde la perspectiva psicoanalítica lo que se quiere desarrollar es una distinción entre aquellos sujetos consumidores a un toxicómano.

Neurobiología de la toxicomanía

La toxicomanía desde un enfoque médico, se determinará como la adicción o la drogodependencia, por medio de investigación y estudios neurocientíficos, avala que el sistema nervioso del ser humano es el más perjudicado por el consumo de drogas o sustancias tóxicas.

En esta área, se propone conceptualizar a las dependencias de sustancias de la siguiente forma:

La definición de dependencia de sustancias se basa, en la actualidad, en dos características del proceso adictivo: su uso compulsivo, con gasto de grandes cantidades de energía física y psíquica por parte del individuo adicto, destinadas a asegurar la disponibilidad de las sustancias objeto de dependencia y la incapacidad para controlar el consumo, a pesar de experimentar las consecuencias negativas que se derivan de su uso continuado. (Pereira, 2008, 10)

Por lo que, se caracteriza a la adicción como este acto compulsivo, que afecta a nivel físico y neurológico del ser humano, provocando esta dependencia a la misma por efectos placenteros por cierto periodo de tiempo, pero que al abuso crónico llega a perjudicar al organismo del ser humano. Además, es importante mencionar que los diferentes tipos de droga pueden afectar de forma singular al paciente, por lo que no se puede generalizar que todas actúan de la misma manera en el organismo del hombre.

De manera puntual, en el sistema nervioso existe un circuito de recompensa, que es una estructura fundamental dentro del desarrollo y mantenimiento de las adicciones, pero sobre todo en las recaídas de la misma; "...es una estructura que se encarga de regular aquellas sensaciones placenteras, facilitar el aprendizaje y memorizar aquellos estímulos contextuales, que pueden servir como desencadenantes en la repetición de una conducta" (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2016 como se citó en Razón et al., 2017, 3). Por lo tanto, este circuito permite que el sujeto a partir de un estímulo (la droga) pueda mandar señales directas al sistema nervioso por medio de la dopamina, la que se encarga de ejercer un refuerzo positivo y regular la emoción, la motivación y esta sensación de placer por un periodo de tiempo corto o largo, dependiendo de la sustancia, la cantidad de consumo y el sujeto.

Sin embargo, la dopamina no es el único neurotransmisor implicado en el circuito de recompensa. Otros neurotransmisores están involucrados. Así, la serotonina actúa regulando este circuito a través de su acción sobre el hipotálamo; los opiáceos y el GABA lo hacen sobre el ATV y el NAc. (Becoña Iglesias & Tomás, 2010, 38)

En la neurobiología el funcionamiento de los neurotransmisores es importantes dentro del proceso de la adicción, ya que son los principales en

encargarse de que las señales que manda la droga por el circuito de recompensa en el sistema nerviosa, cumplan su objetivo de generar placer, felicidad instantánea y alivio en diferentes áreas emocionales y orgánicas.

De esta forma, se puede observar que no solo existen factores neurobiológicos dentro de la adicción, también hay factores de riesgo, protección, biológicos, psicológicos y sociales, que de acuerdo a las investigaciones realizadas estos son los que condicionarán al sujeto a depender de diferentes sustancias.

Consecuencias orgánicas de las drogas

Anteriormente, se realizó una observación acerca de que los efectos de las drogas van a variar acorde al tipo de sustancia, la cantidad que consumo y el tiempo en que lo haga, ya que la tolerancia también suele ser la clave en el desarrollo de la adicción, referente a que la persona comienza a consumir una cantidad en específico, pero poco a poco va aumentando porque se vuelve tolerante a su droga base.

Las consecuencias para la salud de acuerdo al tipo de droga según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), son las siguientes:

El cannabis/marihuana, es una de las drogas ilegales más comunes en el abuso de sustancias, sin embargo, se asocia a múltiples consecuencias para la salud, ya que también está considerada como un alucinógeno.

“La intoxicación aguda con cannabis se asocia con un mayor riesgo de: ansiedad, deterioro de la atención y la memoria, disforia, mayor riesgo de sufrir accidentes y traumatismos, náuseas, pánico, paranoia” (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

Los opioides, se componen en base al extracto de las semillas de amapola, sus efectos en el organismo suelen ser similares a los de la morfina y reducen el dolor, debido a que desaceleran las funciones del sistema nervioso. Los opioides se pueden consumir bajo receta médica o consumo ilegal que se encuentra en la heroína y el opio, cualquiera de las dos formas el abuso de consumo de opioides puede causar que la persona caiga en coma o muera, ya que esta droga deprime el centro respiratorio. Aun así, como en toda droga con la mezcla de alcohol o sedantes puede ser aún mayor el riesgo de una sobredosis. “Los efectos del uso prolongado incluyen: depresión,

disminución de la libido, impotencia, insuficiencia respiratoria, que conduce a la muerte, períodos menstruales irregulares” (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

El consumo de cocaína, provoca una gran cantidad de problemas físicos, psicológicos y conductuales, ya que, por la necesidad de consumir esta droga o los efectos de la misma, ocasiona que el sujeto mantenga relaciones sexuales no seguras, aumentando la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual. El uso frecuente de esta droga puede desencadenar una psicosis. Además, es una de las drogas que comúnmente provoca insuficiencia cardíaca.

Los problemas físicos más comunes asociados con el consumo de cocaína incluyen: agotamiento, cefaleas, disminución de la inmunidad a las infecciones, entumecimiento y/u hormigueo, la persona se rasca o hurga la piel en forma repetida, mayor riesgo de sufrir accidentes y traumatismos, pérdida de peso, piel fría y húmeda. (Organización Panamericana de la Salud, 2023)

Las consecuencias de consumir estimulantes como lo son las anfetaminas (anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina y éxtasis) tienen efectos similares a los que se mencionaron anteriormente con la cocaína, pero en este caso a nivel orgánico existe una distinción.

Los problemas y riesgos para la salud incluyen: arritmias, cefaleas, contractura de la mandíbula, daño hepático, deshidratación, deterioro de la resistencia a las infecciones, dificultad para conciliar el sueño, dolor muscular, disnea, estrés cardiovascular, que puede llevar a la muerte súbita, hemorragia cerebral, pérdida del apetito, que provoca pérdida de peso, temblores. (Organización Panamericana de la Salud, 2023)

Los sedantes e hipnóticos, están compuestos por benzodiazepinas y otros similares, que normalmente son recetados para tratar trastornos del estado de ánimo, dolor muscular, ansiedad, crisis convulsivas, entre otros. Es importante mencionar, que el abuso de esta sustancia tiene muy baja probabilidad de causar la muerte, sin embargo, las combinaciones con el alcohol, opioides y otras drogas depresoras, si aumenta la probabilidad de una sobredosis o muerte. “El uso de sedantes y píldoras para dormir se puede

asociar con: cefaleas, confusión, somnolencia y mareos, depresión, náuseas, pérdida del equilibrio, marcha vacilante y un mayor riesgo de caídas” (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

Los inhalantes/solventes volátiles también entran en la clasificación de depresores, pero en este caso este tipo de droga química suele estar empleada en productos de uso doméstico, comúnmente los más utilizados para consumir esta sustancia suelen ser aerosoles, el diluyente o pegamentos. Los inhales suelen causar efectos en periodos cortos y largos.

El uso por un tiempo prolongado puede causar: cansancio extremo, cefaleas crónicas, problemas en los senos paranasales, hemorragias nasales, tos persistente y ojos enrojecidos y llorosos, comportamiento agresivo, daño orgánico (cardíaco, pulmonar, hepático y renal), depresión, estremecimientos y temblores, indigestión y úlcera gástrica, pérdida de la memoria y confusión, síntomas similares a los de la influenza. (Organización Panamericana de la Salud, 2023)

En el caso de los alucinógenos los síntomas y efectos causados por el consumo de la misma, suelen ser singulares, es decir varían de acuerdo a la persona por su estabilidad emocional y psicológica, es por esto que el consumo de este tipo de drogas aumenta la probabilidad de desencadenar una psicosis.

El uso de alucinógenos puede causar: aceleración de la frecuencia cardíaca e hipertensión, alteraciones de los sentidos: auditivas, visuales, olfativas y táctiles, alucinaciones, crisis convulsivas, debilidad muscular, dificultad para conciliar el sueño, entumecimiento, fluctuaciones del estado de ánimo, como ansiedad, pánico, euforia y paranoia, náuseas y vómitos, temblores y contracciones espasmódicas. (Organización Panamericana de la Salud, 2023)

Por último, el éxtasis o metilendioximetanfetamina (MDMA), también conocido como otro tipo de droga alucinógena y a su vez un estimulante del tipo de las anfetaminas, aunque tengan cierta similitud en su función con las otras drogas se la independiza por los efectos que puede causar, ya que suele provocar un nivel de consecuencias más altos y mortales a comparación de las otras, entre las principales están: “alteraciones del equilibrio entre el sodio y el agua corporal, daño hepático, hemorragia cerebral, hipertermia

(temperatura corporal muy alta)” (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

El síntoma social en la toxicomanía

La toxicomanía desde un enfoque psicoanalítico no está categorizada como un síntoma, desde un enfoque médico se la establece como una enfermedad crónica o un trastorno por consumo de sustancias, pero desde un enfoque psicosocial se lo podría plantear como una problemática con un síntoma social, en donde la presión de la cultura podría ser clave para imponer este consumo tóxico que genera una satisfacción sin límites.

Es fundamental comprender que puede ser una problemática social como individual; el malestar subjetivo y esta relación en la sociedad con respecto al lado del capitalismo y el consumismo. La droga suele ser este objeto de deseo, en donde se establece un sin número de diferentes tipos de drogas con diferentes efectos, pero es que como tal la droga seguirá innovando.

Ignacio Lewkowicz en su artículo “Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial instituido. Condiciones históricas de posibilidad” señala enfáticamente que “la lógica de la satisfacción por el objeto es la del todo o nada. (...) En un comercio sin interacción el sujeto es soberano de asumir y desechar, pero no es libre de alterar ni de alterarse con lo cual queda excluida la posibilidad de una experiencia y una historia.” (Como se citó en Mas, 2019, p. 552)

En la actualidad, se plantea a este consumo tóxico como un comercio, en el que el objeto droga se vuelve una moda, una mercancía y los sujetos se vuelven espectadores generando que este objeto se siga produciendo y se sigan multiplicando los actos de consumo como una consecuencia que el sujeto debe atravesar.

Lacan (1970) indica que “cuando ya no se sabe a qué santo encomendarse (...), se compra cualquier cosa” (como se citó en Mas, 2019, 552).

Lacan llega a ubicar en que el objeto a en el toxicómano se lo suple por el objeto droga, en el que se vuelve este objeto irrepresentable, causando aquella angustia que se encuentra en el vacío del sujeto al no poder producir,

por lo tanto, no puede consumir y cuando el objeto esté en la cima, el significante caerá, donde su valor por ser deseado ya pasara a segundo plano.

En esta época moderna, el objeto se vuelve un plus de gozar en que se ve desarrollado este falso discurso o discurso capitalista, en el que el objeto de consumo se lo establece como el derecho de que cada sujeto pueda gozar desenganchado del Otro, es por esto que aparece el objeto droga y su deseo de consumirla se vuelve el personaje principal dentro de su vida social, por lo que dejará a un lado todo vínculo social que no se acople a su consumo.

Se tomará al síntoma desde una vista social mas no analítica, ya que no se lo puede plantear como un retorno a lo reprimido y no tiene una relación directa con el inconsciente, sino que se basa más a nivel del consumismo social y los efectos que esta ha tenido dentro de la sociedad en el transcurso del tiempo, como se ha visto antes la relación del sujeto con el objeto droga lleva milenios en la vida del hombre.

Aun así, la estructura psíquica también suele ser fundamental para esta relación del sujeto con el consumo del objeto tóxico como lo es la droga, en esta investigación más adelante se desarrollará específicamente sobre la estructura neurótica, pero en este momento se mencionará para poder comprender un poco en cómo la sociedad pueda afectar al sujeto neurótico, es por esto que Freud en su texto del Malestar de la cultura (1929-1930) menciona que:

La experiencia psicoanalítica ha demostrado que las personas llamadas neuróticas son precisamente las que menos soportan estas frustraciones de la vida sexual. Mediante sus síntomas se procuran satisfacciones sustitutivas que, sin embargo, les deparan sufrimientos, ya sea por sí mismas o por las dificultades que les ocasionan con el mundo exterior y con la sociedad. (p. 62)

Anteriormente, se estableció que para Freud la principal adicción aparece desde la sexualidad, con la masturbación y el deseo constante de querer complacerse sexualmente. Por lo tanto, se puede hacer una comparación con esta señalización que brinda Freud con respecto a que el sujeto neurótico suele sustituir sus síntomas para poder satisfacerse, aun cuando aquello tendrá como resultado más sufrimiento, que es lo que pasa con la toxicomanía.

El sujeto neurótico toxicómano, se encuentra en falta y en una búsqueda constante de placer, como “salida” se encuentra a la droga, aquella que le generará una satisfacción de su placer por un periodo de tiempo y le permite dejar a un lado aquel sufrimiento que le causa su realidad dentro de la sociedad, ya sea en su vida familiar o económica. Lo irónico es que aquella sociedad de la que tanto quiere huir es la misma que lo detiene y lo mantiene encerrado dentro del consumo.

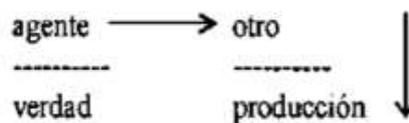
Discurso capitalista de Lacan

Lacan construyó 4 discursos para explicar que el sujeto se relacione con el lazo social; discurso del amo, discurso de la histérica, discurso universitario, discurso del analista, pero adicional a estos estructuró un falso discurso, el discurso capitalista para explicarnos cómo el sujeto deja a un lado el vínculo social y solo goza. Por lo tanto, se realizará una breve introducción a los 4 discursos, ya que cada uno tiene una distinta función en el sujeto, pero a la vez todas se articulan con el saber y la verdad. Para luego desarrollar con un poco de profundidad el discurso capitalista y la relación que esta tiene con el sujeto toxicómano.

Lacan para cada discurso creó un matema o fórmula con cierta estructuración base (**Figura 1**), en la que se establecen cuatro posiciones:

“el del agente, el del otro (quien trabaja), el de la producción y el de la verdad (quien trabaja), el de la producción y el de la verdad (lo que se oculta), lugares que pueden ser ocupados por: “el sujeto” (\$), “el significante amo”, “rasgos unario”, o “significante de la ley” (S1), la cadena significante, o “el saber” (S2) y el “objeto causado del deseo”, o “plus goce” (aquello que hace falta) (a).” (Miranda, 1995, p.64)

Figura 1: Matema base de Lacan para crear los discursos



Nota: Extraída de Miranda, G. (1995). Relaciones sociales y modernidad: Una lectura psicoanalítica. *Perspectivas: revista de trabajo social*, (2), 62-72.

file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RelacionesSocialesYModernidad-8537466.pdf

De acuerdo al matema anterior, tomare para iniciar con el discurso del amo (**Figura2**), se estructura por esta relación de amo y esclavo, el cual se basa en un saber expuesto, en donde el amo es este sujeto del saber, aquel que solo quiere soluciones y el esclavo también compartirá su saber para que el amo lo guíe o lo oriente de la forma en que él crea que sea correcta.

Figura 2: *Matema de discurso del amo*

$$\begin{array}{ccc} S1 & \longrightarrow & S2 \\ \text{---} & & \text{---} \\ \$ & & a \end{array}$$

Nota: Extraída de Miranda, G. (1995). Relaciones sociales y modernidad: Una lectura psicoanalítica. *Perspectivas: revista de trabajo social*, (2), 62-72. file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RelacionesSocialesYModernidad-8537466.pdf

Pero a partir de que el esclavo comparte su saber se desarrolla el discurso universitario (**Figura 3**), en donde todo saber del esclavo pasa a pertenecer directamente al amo, “Lacan califica a este giro como una “mutación” capitalista del discurso del amo” (Soria, 2019, 821). Por lo que toda cadena de significantes creada por el sujeto se verá despojada por el “amo”, ya que se apropia del “saber” del esclavo dejándolo en la posición de objeto a. Ocasionando que el producto del matema de este discurso sea un sujeto dividido.

Figura 3: *Matema de discurso de la universidad*

$$\begin{array}{ccc} S2 & \longrightarrow & a \\ \text{---} & & \text{---} \\ S1 & & \$ \end{array}$$

Nota: Extraída de Miranda, G. (1995). Relaciones sociales y modernidad: Una lectura psicoanalítica. *Perspectivas: revista de trabajo social*, (2), 62-72. file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RelacionesSocialesYModernidad-8537466.pdf

De igual importancia, se plantea al discurso del analista (**Figura 4**), aquel que no se sostiene de ningún ideal o de ningún significante amo S1,

sino que basado en su propia experiencia como analizante lo lleva al encuentro con lo más real de la estructura del ser hablante (Soria, 2019, 823). El discurso del analista, se encargará de que el sujeto pueda posicionarse desde su propio saber, desarticulando su cadena de significantes, dejando caer su velo fantasmático para que el sujeto muestre su falla estructural por medio de la palabra y a través del trabajo del inconsciente produzca significantes amo, significantes que lo orienten desde su propia subjetividad.

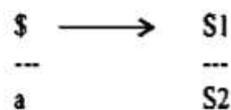
Figura 4: Matema de discurso del analista



Nota: Extraída de Miranda, G. (1995). Relaciones sociales y modernidad: Una lectura psicoanalítica. *Perspectivas: revista de trabajo social*, (2), 62-72. file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RelacionesSocialesYModernidad-8537466.pdf

Otro discurso más que explicó Lacan y uno de los más importantes es el discurso de la histérica (**Figura 5**), será aquel discurso con el que le permite la existencia al psicoanálisis, porque este discurso se basa en que “de un sujeto que en su falta le pide al otro que produzca un saber, un saber sobre el goce”. (Miranda, 1995, p. 65) Es que posicionarse como la falta del Otro es la base de la histeria, el querer gozar en base a la palabra del otro es su forma de crear el lazo social.

Figura 5: Matema de discurso de la histérica

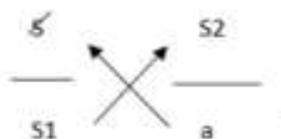


Nota: Extraída de Miranda, G. (1995). Relaciones sociales y modernidad: Una lectura psicoanalítica. *Perspectivas: revista de trabajo social*, (2), 62-72. file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RelacionesSocialesYModernidad-8537466.pdf

Aun así, adicional a todos los anteriores discursos, Lacan creará un falso discurso o también llamado el discurso del capitalismo (**Figura 6**), se verá asociada a los efectos que aparecen en la subjetividad a partir del

discurso de la tecnociencia y del mercado, refiriéndonos en sí a la sociedad, y como la ciencia evoluciona para que cada vez más aumente el consumismo social. “El sujeto barrado ya no es aquí el sujeto del inconsciente, sino un sujeto que carece de un goce que lo complete” (Soria, 2019, 821). Por lo que, por medio de este discurso el sujeto permanecerá en falta todo el tiempo, no saber cómo gozar, hace que el sujeto se cuestione más que le hace falta y quiera llenar aquel vacío con cualquier objeto.

Figura 6: *Matema de discurso capitalista*



Nota: Extraída de Soria, N. (2019). Síntomas del discurso capitalista. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia., 5. <https://www.aacademica.org/000-111/517.pdf>

Por el mismo lado, este discurso capitalista se lo plantea como un falso discurso, porque los discursos antes planteados se enfocan por el modo de hacer lazo social pero en el discurso capitalista el lazo social se lo hace a un lado, porque se enfoca en todo y en nada, provoca que el sujeto quiera todo y a la vez no tenga nada, ya que no se enfocara en regular el goce, sino que surjan múltiples ventajas, soluciones u objetos con los que no se detenga el consumismo empujando al goce para generar placeres momentáneos como lo ha hecho la droga por tanto tiempo dentro de la comunidad.

El discurso para explicar la relación del sujeto toxicómano y su “lazo social” será este discurso capitalista. “[...] el sujeto toxicómano mismo hace lazo social con su toxicomanía de una manera diferente en un medio u otro” (Briole, 2009, p. 43 como se citó en Paragis & Michel Fariña, 2021, 90).

El toxicómano, siempre va a encontrar significantes que se mantienen en lugares comunes, como la solidaridad en el consumo, haciendo énfasis en un comentario que muchos adictos suelen decir “yo solo me puedo identificar

con otro adicto”, porque la verdad es que ellos quieren sentirse identificados con aquellos significantes supliendo al objeto droga como función primordial, pero lo que realmente construyen es un plus de gozar, en el que no podrán construir un lazo social, es por esto que se lo establece como “falso discurso”. Al menos, que por medio del discurso del analista logren histerizar al toxicómano, permitiendo que se desarrolle el discurso de la histérica, de forma que el sujeto toxicómano por medio del análisis podría lograr establecerse o identificarse dentro de este discurso para poder lograr volver a construir un lazo social.

CAPÍTULO 2

La neurosis y la función de la toxicomanía

La estructura Neurótica

Desde un enfoque psicoanalítico las estructuras psíquicas se constituyen por medio de la función de los amores edípicos, es decir, que el desarrollo de la estructura psíquica de cada sujeto está ligada a la función paterna y por la que haya pasado sobre todo en su infancia.

Existen conceptualizaciones fundamentales para la construcción de un sujeto neurótico, tales como; complejo de Edipo, castración, ley del Nombre del padre y el fantasma. Aun así, una característica fundamental dentro de la estructura neurótica es que son aquellos sujetos que viven siempre haciéndose preguntas y cuestionando sobre “¿Qué quiere el Otro de mí?”.

Para la construcción del sujeto neurótico se comenzará con esta dinámica edípica se basa “en la dialéctica del ser y tener” (Dor, p.32). En donde el sujeto, estará identificado con el falo de la madre y es esta falta que construirá su relación con el deseo del Otro, ya que verá a su madre como aquel sujeto en falta quién desea complementar, pero es aquí donde se instaura la castración, en que el sujeto debe ser castrado simbólicamente, efectuado por la metáfora del Nombre del padre.

De forma más detallada, la construcción del sujeto neurótico comienza desde su infancia en donde pasará por el complejo de Edipo, es el momento en que aparece su deseo sexual por primera vez y será hacia la madre, quien se posiciona como el sujeto en falta para que el niño pueda ser su falo, aquel objeto fálico encargado de complementar a la madre. Lacan en *La significación del Falo* (1977), escribe “si el deseo de la madre es el falo, el niño quiere ser el falo para satisfacerla” (Ara Comín, 2010, p.22). Además, es importante mencionar que cuando se menciona al falo no significa el pene o el órgano genital del sujeto, sino que se trata de una simbolización frente a lo que tiene valor y como el deseo del ser humano es ser valioso, es por esto que se establece desde la sexualidad infantil.

Lacan realiza cierta esquematización con el complejo de Edipo que permitirá conocer el proceso del Edipo, el Nombre del padre y la salida del sujeto frente a este complejo que afectará de diferentes formas en su futuro.

El primer tiempo se acaba de mencionar con respecto a la relación del niño con la madre y el falo, lo que permitirá avanzar con el Nombre del padre, ya que se plasmará la función del padre, quien tiene que intervenir ante aquella relación de deseo que estaba surgiendo entre la madre y el hijo, en otras palabras, por medio de esta función el padre ejercerá la castración, ya que se encargará de instaurar la ley, la prohibición de que no surja un incesto.

Desde la perspectiva Lacaniana, la ley del Nombre del padre se basa en que por medio de la ley se protegerá al sujeto del mundo y por supuesto también de la madre, ya que Lacan determino que “al prohibir el incesto, la madre debe renunciar a su deseo de sujetar al niño/a como objeto que simboliza su carencia (falo = niño/a) y buscará a ese objeto en el padre” (Ara Comín, 2010, p.23). De esta forma aparece la castración, ya que el padre deberá imponer su ley para separar a la madre del falo, quien ocupa el lugar del niño y el padre debe volverse el deseo de la madre, para que pueda ejercer una buena castración en el niño/a los dos partenaires deben aceptar la ley de la castración. El padre en el niño neurótico suele ser una apertura hacia lo real, con la finalidad de que logre constituirse como sujeto y se separe del goce de la madre.

Lacan en el tercer tiempo del complejo de Edipo, lleva a la formación del ideal del Yo como resultado del complejo de Edipo, debido a que, de la castración y la aceptación de la ley del Nombre del padre, el sujeto podrá identificarse y adquirir una subjetividad propia con la que se enfrentará hacia lo real, el mundo, ya que por las funciones que se desarrollan en la dinámica edípica de madre como el deseo, el padre como aquel significante primordial. De forma, que se observa que, dentro de toda esta esquematización del complejo de Edipo, se construye la base de la estructura psíquica del sujeto desde sus primeras etapas de la vida con sus partenaires, que no se trata de una madre, padre e hijo físico como tal, sino que es referente a la función que desempeña cada uno.

Por consiguiente, a este desarrollo y salida del complejo de Edipo en el sujeto, se estructura el fantasma que permitirá tener una respuesta ante el espacio que ocupa el deseo del Otro.

“En un tercer tiempo y tras la salida del Edipo, del fantasma solo queda un esquema general. La figura del padre es superada, traspuesta, remitida a la forma general de un personaje en posición de pegar, omnipotente y despótico, mientras que el propio sujeto es presentado en la forma de esos niños multiplicados que ni siquiera son ya todos ellos de un sexo preciso, sino que forman una especie de serie neutra. Esta forma última del fantasma en la que algo es mantenido así, fijado, memorizado, podríamos decir, queda investida para el sujeto de la propiedad de constituir la imagen privilegiada en la que encontrarán su soporte las satisfacciones genitales que pueda experimentar.” (Lacan, 1957-58, p. 247 como se citó en Ribarola, 2019, p.9).

Es así, como se observa este trance por el que pasa el sujeto desde su infancia hasta el desarrollo de su Yo que se ve relacionada con el deseo del sujeto mismo y del Otro. Es decir, el fantasma va a operar como velo de lo real en el neurótico, en tanto crea una representación de su imagen frente al deseo del Otro. Anteriormente vimos que el deseo aparece desde el complejo de Edipo con el Deseo materno y del Nombre del Padre, porque a partir de aquellos momentos el sujeto articula su deseo en dependencia del Otro.

El fantasma y el deseo de la neurosis

Para estructurar una fórmula del fantasma neurótico como respuesta de aquel enigma que crece dentro del sujeto sobre el deseo del Otro, la cual es ($\$ \leftrightarrow a$), se encargará de ser la base del deseo en la estructura, constituida por las relaciones del sujeto con los objetos de su mundo, le brindará al sujeto esta ventana para que a partir de esta pueda relacionarse con aquellos objetos que están fuera.

El fantasma no se trata ni del sujeto ni del objeto del conocimiento sino de una articulación entre una forma subjetiva y el objeto que rompe con la concepción moderna del conocimiento. El fantasma es, entonces, un modo de concebir al objeto, al sujeto y a la relación entre ellos. (Mólica Lourido, 2018, p.502)

A partir de esta relación con el sujeto y el objeto que se pueda observar a través del fantasma, permite conocer lo fundamental que es, dentro de las estructuras psíquicas, sin embargo, la estructura neurótica se divide en dos: neurosis histérica y neurosis obsesiva. Por ende, aquellos sujetos neuróticos histéricos van a tener una relación con el objeto diferente a un neurótico obsesivo.

Para empezar la neurosis histérica, era dirigida normalmente para diagnósticos de mujeres, pero en el transcurso del tiempo con los análisis de casos e investigaciones realizados, se ha establecido como una estructura neurótica tanto para mujeres como para hombres. Por lo tanto, el deseo del sujeto histérico en relación a un Otro se lo podría explicar desde la fórmula del fantasma (**Figura 7**):

Figura 7: *Formula del fantasma neurótico*

$$\frac{(a)}{-\varphi} \diamond A$$

Nota: Tomada de Lutereau, L. (2014). *Histeria y obsesión: Introducción a la clínica de las neurosis* (1st ed.). Letra Viva.

En donde se observa que del lado izquierdo del matema, se establece la identificación de la histeria con el objeto que le tiene como resultado ser el soporte de su deseo, porque el sujeto se posiciona en este lugar que le da el poder al Otro para que le diga que tiene que desear. Es por esto, que en la segunda parte se percibe que a lo que apunta es un deseo que está sobrepuesto.

... el objeto de deseo tiene valor como signo de lo que vela, el deseo que apunta a la feminidad. En ese lugar del Otro absoluto, entonces bien podría situarse al falo simbólico, cuyo valor radica en no aparecer sino en ser la presencia real de un deseo enigmático. (Lutereau, 2014, p.42)

La histeria se la podría plantear como esta estructura en donde el sujeto sostiene al Otro que es quien desea, por lo tanto, su deseo hará que su falta se exponga. “El sujeto histérico se otorgará la función de sostener el deseo del Otro, sacrifica su propio deseo, dejándolo en el campo de la insatisfacción” (García, 2019, p.201). De forma que el sujeto quiere ser la respuesta del Otro,

incluso el siendo un sujeto en falta, pero se sitúa en ser el falo del Otro, sobreponiendo encima de sí mismo el deseo del Otro antes que el de él, es por esto que el histérico lo que quiere es insatisfacer al Otro para sostener su deseo, ya que siempre está en busca de este deseo insatisfecho.

Es por esto que una de las principales características de la histeria según Lacan, es el deseo insatisfecho que “no es más que un vehículo para decir el inconsciente. El deseo insatisfecho se relaciona con la falta de significante para decir qué es una mujer y aquí estamos en el centro de la histeria” (Salman, 2010). Debido a que una de las preguntas más recurrentes en la histeria es sobre la sexualidad, pero es una pregunta con la que se destaca la falta del sujeto y a la vez un significante al querer saber que es, porque el deseo es quien se encarga de relacionar esta falta de significante en el sujeto y si dejara de existir entonces el histérico estaría perdido, porque el deseo insatisfecho se lo podría plantear como una defensa frente a lo que siente el sujeto, ya sea angustia o depresión.

Lacan al explorar la histeria y su deseo insatisfecho, también sustrae el goce de la privación en esta estructura. “El goce de la privación es un modo de tratamiento del goce fálico bajo la forma de exceptuarse de él” (Berger, 2004, p.8). El sujeto histérico siempre está en falta, es por esto que sostiene al deseo que queda insatisfecho, por lo tanto, se priva de gozar justamente para no hacerlo, sería como una sustracción del goce sexual, ya que cuando se trata de ser objeto de satisfacción del otro el histérico se aleja porque no se considera capaz de generarle aquella completitud al otro.

“Lo que esta histérica -se dice- reprime, pero que en realidad ella promueve, es ese punto al infinito del goce como absoluto. [...] Y es porque este goce no puede ser alcanzado que ella rehúsa todo otro que para ella tendría ese carácter de disminución [...] con respecto a esa relación absoluta que se trata de plantear.” (Lacan, J., 1968-69, p. 335, como se citó en Mazzuca et al., 2008, p. 4)

Por lo que, al mencionar un goce absoluto, en realidad se habla de un goce que será insuficiente, justamente porque la histérica es una sustracción del goce, es decir, se sustrae del goce sexual que no existe pero el sujeto supone que es absoluto, provocando que la histérica rechace cualquier objeto de satisfacción que perciba como menos que el goce absoluto, porque se centra

tanto en un ideal inalcanzable, privándose de las diferentes formas de satisfacer su deseo.

Así mismo, es importante mencionar que el punto de fijación en los sujetos histéricos parte no solo de los eventos traumáticos reprimidos, sino específicamente de los traumas sexuales reprimidos y en qué tiempo de la vida del sujeto se presentan, de acuerdo a aquel afecto reprimido puede estructurarse la histeria.

Freud de acuerdo a los casos que había tenido sobre sujetos histéricos, le permitió esclarecer que “es preciso que tales traumas sobrevengan en la temprana infancia del sujeto (la época anterior a la pubertad) y su contenido ha de consistir en una excitación real de los genitales en procesos análogos al coito” (Freud, 1896, p.2). Debido a que el histérico es un sujeto pasivo en su sexualidad, tiende a tener un goce masoquista porque es aquel que deja que gocen de él para complacer al Otro y el que sea en su etapa presexual lo puede volver un evento traumático para el sujeto, ocasionando que en su etapa posterior (la pubertad) la explosión de esta estructura psíquica, despierten aquellos traumas que se establecieron en su infancia, ya sea desde una violación sexual a un acercamiento a los genitales del otro son actos que según la intensidad y como lo procese el sujeto determinan su estructura.

Por otro lado, está la neurosis obsesiva que también en un principio era una estructura dirigida en el análisis sobre todo hacia los hombres, pero que en la actualidad ya se han identificado mujeres con esta estructura, aquella que se caracteriza por un sujeto que está compenetrado en sus propios pensamientos. El matema del fantasma de esta estructura es:

Figura 8: *Fantasma de la neurosis obsesiva*

$$A \diamond \Phi (a, a', a'', a''', \dots)$$

Nota: Tomada de Lutereau, L. (2014). *Histeria y obsesión: Introducción a la clínica de las neurosis* (1st ed.). Letra Viva.

Como se observa el fantasma del neurótico obsesivo se basará en una sucesión de formas degradadas del deseo y su valor imaginario estará desplazado la mayor parte del tiempo. “El obsesivo encuentra su lugar en la división del Otro -con su patognomónico “ser para la deuda”- y desde allí se

dirige al Otro que se presenta como falo” (Lutereau, 2014, p.82). El obsesivo por medio del fantasma construye esta metonimia del deseo, encerrándose en sus objetos para contradecir la falta del Otro, negando al deseo del Otro.

La relación del sujeto obsesivo con el Otro, es más de postergar el encuentro con el deseo, por lo que va a imponer prohibiciones para no tener que ser quien complementa al Otro, como pasa en la histeria. En esta estructura de neurosis obsesiva el sujeto al introducirse y encerrarse en sus pensamientos suele reaccionar con agresividad, por lo que el sujeto al reconocer su falta y darse cuenta que tiene que enfrentarse a ella, prefiere culpar al Otro, a aquel sujeto que también está en falta y es que el obsesivo satura este deseo y se cuestiona más sobre ¿qué quiere el otro de mí?

“...el obsesivo hace pasar su deseo por delante de todo, quiere decir que va a buscarlo más allá, poniendo la mira en él, propiamente en su constitución del deseo, es decir, en la medida en que, en cuanto tal, destruye al Otro. Aquí está el secreto de la contradicción profunda que hay entre el obsesivo y su deseo. (Ibid, p.410 como se citó en Lutereau, 2014, p.73)

El obsesivo ve al Otro como un sujeto que goza y portador del falo, es por esto que lo ve como competencia porque quiere asegurarse de que el Otro no desee, porque cuando el Otro genera una demanda comienza la angustia del obsesivo.

El sujeto obsesivo no quiere que el otro goce, que siempre esté satisfecho, pero lo que en realidad hace es negar el deseo del Otro y sobreponer el suyo, destruyendo al otro por medio de aquella degradación del deseo, pero al estar por llegar a su satisfacción se sabotea para poder repetir y seguir deseando, es así como se puede comprender aquella contradicción que hay entre el sujeto obsesivo y su deseo que es imposible de satisfacer.

Debido a que también el deseo imposible en el obsesivo tiene relación con “...su imposibilidad para demandar. Así se esfuerza en hacer adivinar y articular por el otro lo que él desea y no logra demandar él mismo” (Dor, 1991, p.138). De forma que el obsesivo se posiciona en querer padecer por todo, porque no son capaces de construir su demanda.

Lacan enseña que “el sujeto es impotente para desear sin destruir el deseo del Otro, los signos del deseo del Otro y por ende su deseo mismo en

tanto que es deseo del Otro” (Esandi, 2010, p.10). Debido a que en el padre del obsesivo hay un exceso de goce, que hace que el sujeto obsesivo quiera organizarlo para poder controlar la falta del goce del Otro.

Para todo este recorrido, es importante mencionar que, en la neurosis obsesiva, el punto de fijación se encuentra en la etapa sádico anal del neurótico, la cual también empieza en su sexualidad infantil.

En la etiología de la neurosis obsesiva tienen las experiencias sexuales de la temprana infancia la misma significación que en la histeria, pero no se trata ya de la pasividad sexual sino de agresiones de este orden, llevadas a cabo con placer o de una gozosa participación en actos sexuales: esto es, de actividad sexual.

Debido a que el sujeto obsesivo tiene como base primordial a los procesos de defensa, como lo es la represión. El obsesivo empieza a desarrollar experiencias sexuales desde una edad temprana, en donde la pasividad sexual hace presencia para luego en la intervención sexual activa del sujeto se reflejen actos de agresión sexual que normalmente son hacia el sexo contrario.

Es por esto que una de los puntos claves para la construcción de una neurosis obsesiva se ve fijada en la regresión de la fase sádico-anal. “el enfermo obsesivo típico sería aquel que ha renunciado a su genitalidad adulta y ha regresado, una vez más, en la historia de su desarrollo psicosexual, a la fase sádico-anal” (Fenichel, 1964 como se cita en, p.12). La fase sádico anal es una de las fases del desarrollo de la infancia, lo que lleva a analizar que el obsesivo renuncia a su genitalidad adulta exactamente porque hace una regresión a la fase sádico-anal, porque son encuentros placenteros que establecen un goce sexual, una satisfacción en el sujeto, pero se observa el fracaso de aquella defensa y es el comienzo de las representaciones y afectos obsesivos como lo son la duda, la queja, las prohibiciones o restricciones, entre otros.

Las obsesiones aparecen como reproches disfrazados que el sujeto se dirigiría a sí mismo, con relación a una actividad sexual infantil productora de placer. No obstante, la especificidad propiamente obsesiva de sus síntomas se debería al modo de inscripción psíquica de esa actividad libidinal infantil frente al deseo de la madre. (Dor, 1991, p.135)

Aun así, la forma que se desarrolla la estructura obsesiva dentro del sujeto se debe a la relación de él con la madre, ya que quiere complacer el deseo de la madre, sin darse cuenta que el deseo de ella siempre estará insatisfecho, es por esto que Freud presenta la relación de la seducción materna con el niño.

Lo que Freud había presentado en esta vertiente de la seducción materna aparece, en efecto, como un acaecimiento determinante en la medida en que podemos localizar con precisión su punto de impacto: el desfallecimiento de la satisfacción del deseo materno precozmente significado al niño. (Dor, 1991, p.136)

Es por medio de esta vivencia de la seducción materna y su desfallecimiento que se experimenta de forma individual en cada sujeto, ya que es por medio de la madre que el niño se mantiene dentro del goce libidinal, a través de la repetición con el contacto físico, mantiene la satisfacción de las necesidades del sujeto y de la madre.

De una forma más precisa, desde el punto de la pasividad sexual, permite llegar al deseo imposible del obsesivo, ya que afecta en su forma de desear, porque intenta articular su deseo por medio del otro y no logra demandar por sí mismo. Por lo que, “semejante actitud pasiva constituye una invitación favorable a hacerse sadizar por el otro” (Dor, 1991, p.138). Es así, como el sujeto obsesivo tiende a gozar de forma sádica, debido a que es a través de las regresiones o su estado fálico infantil en donde se encuentra protegido bajo el velo de la madre, aparece la culpabilidad por la relación de incesto que puede provocar. Es por esta fijación erótica hacia la madre que el obsesivo le teme a la pérdida del objeto que se maneja por medio de la castración, por lo mismo que el sujeto mismo construye esta estructura de querer controlarlo o dominarlo todo, no tanto para complacer al otro sino más bien para que el otro se sienta completo al estar con él.

Síntoma de la neurosis

Las neurosis suelen ser una relación entre el fantasma y el síntoma, ya planteamos desde una base teórica psicoanalítica al fantasma, ahora se desarrollará desde el mismo enfoque psicoanalítico al síntoma dentro de la neurosis. “La neurosis son posiciones sintomáticas del deseo y, en este punto,

remiten a sus fantasmas específicos” (Lutereau, 2014, p.20). Lo que también permitirá entrelazar el deseo y goce del sujeto.

Sigmund Freud como médico neurólogo e investigador, fue quien se encargó de determinar y definir al síntoma como una formación del inconsciente relevante para la construcción de la estructura psíquica del sujeto. Además, Freud explicó que “en el síntoma existen las abundantes paradojas del deseo, en su íntima relación con el campo del goce y con la grieta profunda que deja a su paso el acto sexual” (Mazzuca, 2018, p.474). Debido a que, para Freud el síntoma es un retorno a lo reprimido, es por esto que menciona al acto sexual, por la infancia del sujeto quien atravesó el complejo de Edipo y la castración del deseo de la madre.

Cuando mencionamos al síntoma desde la neurosis, Freud decía que “los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de la satisfacción pulsional” (Freud, 1917, p. 318). Porque en la neurosis la libido se encuentra insatisfecha, a pesar de que se la quiera aceptar la realidad sigue siendo rechazada por el sujeto, al darse cuenta que no la puede evitar, es que lo lleva a la regresión para buscar satisfacerse desde los objetos anteriores, creando un objeto sustituto para complacer su deseo.

Asimismo, como se había mencionado antes las neurosis se dividen en neurosis histérica y obsesiva, por ende, la función del síntoma en estas estructuras va a trabajar de una forma distinta en el sujeto. El síntoma neurótico seguirá siendo una expresión de fantasías que produce el inconsciente.

La función del síntoma histérico es la de una pregunta, por ello el agente es propiamente el síntoma mismo, el cual desenmascara a un amo respecto de la imposibilidad fundamental que éste tiene para responder en su estatuto ilusorio de “todo saber”. El problema fundamental que plantea la pregunta histérica es el de la relación sexual, una pregunta que “se le plantea al sujeto en el plano del significante, en el plano del to be or not to be, en el plano de su ser” (Lacan, 1981, p. 239, como se citó en Hernández Delgado, 2017, p.278).

El síntoma histérico, no se basa en solo traspasar hacia el cuerpo todo aquel sufrimiento por el que está pasando el sujeto, sino que la funcionalidad del síntoma histérico es aquella pregunta sobre la sexualidad, ya que esta sería lo indomable que retorna a nivel sintomático por esta ruptura simbólica por la que tiene que pasar el sujeto en el momento que le preguntan sobre su sexo.

Por otro lado, en la neurosis obsesiva los síntomas se llegan manifestar a través de las compulsiones y prohibiciones, debido a que las representaciones reprimidas que se han mantenido en el inconsciente no encuentran otra forma de salir sino es a partir de este acto compulsivo o prohibido en el sujeto, porque el crea enlaces falsos o sustitutos con otras representaciones para generar una respuesta a su goce y poder satisfacer su deseo poco a poco.

Además, uno de los síntomas que más resalta en esta estructura es la duda, la cual no se basa en un “no saber” del conocimiento, sino que es el sujeto quien elige dudar. “La duda es un síntoma de la irresolución intrínseca del obsesivo, una forma de elegir no elegir” (p.79). Es así, como se plantea al sujeto obsesivo en esta ambivalencia con sus decisiones, el no querer preguntarle al Otro, porque no se siente preparado para enfrentar la realidad.

Función de la toxicomanía en la neurosis

Se ha ido desarrollando, describiendo y conceptualizando tanto a la toxicomanía como a la neurosis de manera independiente desde la perspectiva psicoanalítica y social, pero para esta investigación se tiene que adentrar un poco más en cómo funciona la toxicomanía dentro de esta estructura neurótica, ya que se verá en juego el autoerotismo que atraviesa al goce por el cuerpo del sujeto como tal. Por lo que se acogen conceptos psicoanalíticos para poder analizar esta relación que se produce entre el sujeto y la droga.

Freud en su ensayo del malestar de la cultura comprobó que:

El ser humano cae en la neurosis porque no logra soportar el grado de frustración que le impone la sociedad en aras de sus ideales de cultura, deduciéndose de ello que sería posible reconquistar las perspectivas

de ser feliz, eliminando o atenuando en grado sumo estas exigencias culturales. (Freud, 2022, p.14)

Se infiere acerca de cierta relación que existe entre el sujeto neurótico con la droga, es esto de utilizarla como un escape de la realidad, en el sujeto obsesivo se goza de una manera excesiva, por lo que tiende a sustituir el objeto con la droga para no dejar de gozar y en el histérico existe este goce absoluto que hace que el sujeto no se sienta capaz de satisfacer su propio goce, lo que lo lleva a buscar más y más de este objeto tóxico para intentar autocomplacerse.

El funcionamiento del objeto droga en el sujeto comienza desde sus inicios como se había mencionado antes desde las etapas de la infancia, ya que se ubica desde un carácter oral, por lo que es la vía en la que más se consume este objeto. En los escritos de Lacan sobre los complejos familiares en la formación del individuo (1938) establece a “las toxicomanías de carácter oral, como efecto del trauma psíquico del complejo del destete. Esto tiene lugar a través de alguna contingencia que en su operatoria comporta la mediación del Otro frente a la prematuración del nacimiento” (Lacan, 1938 como se citó en Gasquet et al., 2022, p.128).

Previamente, se ha mencionado sobre cómo el destete puede ocasionar una escena traumática en el sujeto, debido a que la madre genera cierto división en la existencia del hijo y por el lado del toxicómano se lo representa como una rechazo a la castración, porque es de acuerdo al imago materno que se construyen las futuras experiencias psíquicas por las que pase el sujeto y en el caso del toxicómano se verá afectado todo este proceso porque el sujeto tratará de evitar esta división, habrá como una fusión entre el sujeto y la droga que no permitirá una separación entre el goce del Otro y del sujeto.

De esta forma, se observa como la función de la toxicomanía está relacionada con el autoerotismo, en donde se toma al cuerpo como objeto de deseo, debido a que como antes se ha mencionado para Lacan fue el complejo de destete, para Freud fue este primer acto de la masturbación, la cual se establece como una adicción primaria y las otras adicciones que se van desarrollando se vuelven sustitutos, intentando reemplazar la primera adicción del sujeto.

Freud en su texto de 1908 *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*, dirá que dicha mezcla se trata de una soldadura. Soldadura como unión entre lo que originalmente se trataba de una acción autoerótica, destinada únicamente a recibir placer y, lo que luego se anudaría a una representación-deseo a partir de un objeto (Freud 1908, p. 142-143 como se citó en Duarte, 2022, p. 25).

En concreto, la adicción primordial sería como una combinación entre una fantasía y el funcionamiento de esta autosatisfacción en el sujeto, por ende, se verá reflejada esta etapa de autoerotismo que en la toxicomanía luego se anudaba al objeto droga, porque es su única forma que encuentra el toxicómano para causar placer en sí mismo.

Por otro lado, otro aspecto importante que se desarrolla en el sujeto por la función de la toxicomanía es este plus de gozar, pero para eso se debe comprender cómo funciona el goce. Una de las formas con las que explicó Lacan al goce fue con el superyó, no como parte de la conciencia moral como se lo conoce normalmente, sino como un impulsor del goce. “Nada obliga a nadie a gozar, salvo el superyó. El superyó es el imperativo del goce: ¡Goza!” (Lacan, 1972, p.11 como se citó en Duarte, 2022, p. 28). Es así, que el goce ya no tendrá que pasar por un Otro que se encargue de operar o que le establezca las normas que debe de cumplir, porque será el superyó aquel que ya le da ese empuje a gozar de más.

Como antes se ha mencionado en el discurso capitalista, el vínculo que se establece con el Otro el sujeto lo deja a un lado, ocasionado que, así como rechaza al lazo social también rechace al amor. Es por esto que desde el lado del amor se dirá que es por medio del partenaire que se da el plus de gozar. Lacan (como se cita en Miller & Laurent, 2005, p.295) manifiesta que “el partenaire del sujeto no es el Otro, sino lo que lo sustituye como la causa de deseo”. En efecto, la toxicomanía va a desprenderse de su partenaire sexual para poder presentarse ante un partenaire asexuado como lo es la droga, yendo por la vía del plus de gozar.

CAPÍTULO 3

La recaída y los tratamientos del toxicómano

La recaída

La recaída en las adicciones son un concepto habitual, en base a los sujetos que vuelven a la droga una y otra vez, algunos tienen detonantes específicos y otros aún no logran identificar que los lleva a recaer. Si lo explicamos desde el área de la salud, la recaída en adicciones se presenta como, “el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado inicial de la enfermedad adictiva” (Martínez et al., 2019, p.85). Es por esto que en el ámbito de la ciencia de la salud que maneja el consumo de drogas es primordial el área conductual y cognitiva del sujeto.

De igual modo, este término de la recaída utilizado en la drogodependencia, suele ser por una consecuencia de aquella compulsión que emerge el deseo de consumir. Por lo que, Sánchez-Hervás et al. (2012) “refieren que siempre pueden experimentar recaídas, sobre todo entre los seis meses posterior al tratamiento con un 72,2 %” (como se citó en Bravo & Chávez-Vera, 2021, p.23). Por lo mismo que se intenta cambiar el comportamiento o la conducta de una persona que lleva realizando la misma acción por años y al menos en los adictos su deseo por consumir llega a ser más fuerte.

A pesar de ello, ciertas causas o detonantes de las recaídas suelen ser por conflictos con sus relaciones personales, su familia, su pareja o problemas laborales, económicos, son ciertas situaciones que se las determina como factores que podrían ocasionar con mayor facilidad una recaída o un abandono del tratamiento por el que esté pasando el paciente. Más adelante se describirá sobre los tratamientos más empleados en esta área del consumo de sustancias y como sus estrategias desempeñan un gran funcionamiento eficaz e individualizado en cada paciente que esté pasando por esta problemática social.

Exactamente porque es una problemática social, una de las principales causas por las que recaen los sujetos toxicómanos suele ser por el difícil acceso a los servicios de tratamientos, ya que por problemas económicos no todas las personas tienen la factibilidad para internarse o recibir un tratamiento particular sobre el abuso de consumo de sustancias.

El Informe Mundial sobre las Drogas 2023 asimismo destaca cómo las desigualdades sociales y económicas impulsan -y son impulsadas por- los desafíos que plantean las drogas; la devastación ambiental y los abusos contra los derechos humanos causados por las actividades económicas ilícitas relacionadas con las drogas; además del creciente predominio de las drogas sintéticas. La demanda de tratamientos para trastornos relacionados con las drogas continúa en gran medida insatisfecha, de acuerdo con el Informe. (UNODC, 2023)

De acuerdo, a este informe mundial se puede destacar la insatisfacción de la población con respecto a los tratamientos, lo cual genera un riesgo en la población de niños, adolescentes y adultos que padezcan esta problemática. Aun así, la UNODC junto con la OMS también han implementado un programa sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia, en la cual tienen el objetivo principal de brindar un tratamiento para toda persona que padezcan de trastornos relacionados con el consumo.

Mejorar el acceso, aumentar la capacidad de retención y reducir las tasas de recaída, los servicios establecidos en el marco del Programa conjunto se han concebido para satisfacer las necesidades de diversos pacientes mediante una secuencia continua de atención orientada hacia la recuperación. (UNODC/OMS, 2010, p.2)

Sera un programa multidisciplinario, porque tendrá como base no solo la Psicología con respecto a la salud mental, sino también la medicina para poder gestionar cualquier afección orgánica que padezca el paciente, justamente por el consumo de sustancias.

La “recaída” desde el psicoanálisis

Por el lado psicoanalítico, es que no hay un concepto determinado sobre la recaída en la toxicomanía, sino más bien explicaciones sobre las operaciones fallidas que se desarrollan en el sujeto que lo llevan a un consumo tóxico, construido por un sujeto en falta y la suplencia del objeto que lo llevan a un goce infinito.

Cabe recalcar que no todo sujeto que consuma droga se volverá adicto, porque en realidad depende de algunas condiciones subjetivas como los son las operaciones del inconsciente y de sus etapas infantiles que se desarrollan en el transcurso de su existencia, lo que podría causar a un sujeto adicto, así mismo, funciona en las recaídas, porque no son todos los adictos quienes recaerán pero si existen observaciones independientes que pueden ocasionar que el sujeto no encuentre una salida al respecto.

Se sabe que el sujeto neurótico siempre va a estar atravesado por la falta, que lo llevará a una búsqueda incansable de su deseo, que en realidad nunca será satisfecho como se ha mencionado anteriormente. Pero es en el complejo de Edipo que se desenvuelve la función paterna que lo introduce hacia el deseo y la castración lo lleva hacia la vía del goce fálico, aquel goce encargado de poner los límites en la vida del sujeto.

La droga produce un goce diferente, todo lo contrario, al goce fálico: permite la ilusión de lo infinito, lo eterno, lo ilimitado. Lacan define a la droga como “lo que permite romper el casamiento con el pequeño “pipí” (1975), el casamiento con el límite, con el goce fálico. (Gangli, 2020, p. 3)

En efecto, el toxicómano tendrá una forma diferente de gozar y es que como se lo menciona en la etapa de autoerotismo, el sujeto deja de percibir al otro como su significativo amo, por lo que esta inscripción genera que sea el deseo de sí mismo quien quiera satisfacer. Sylvie Le Poulichet (1990), “en el adicto no opera el enigma del deseo del Otro; un otro demasiado lleno, sin una hiancia que permita al niño convertirse en su falo” (como se citó en Gangli,

2020, p. 3). Porque el consumo tóxico le permite al neurótico hacer con la falta, encontrando una salida en el goce autoerótico, mas no en el goce fálico.

Entonces se cuestiona un poco sobre el cuerpo en las toxicomanías, justamente porque el sujeto encuentra a su cuerpo como su lugar para gozar. Porque como se explica sobre el goce autoerótico en el sujeto, se da por esta pérdida o este estado en falta que lo hacen comenzar a gozar de forma independiente consigo mismo.

Ante la pérdida, el sujeto trataría como en su propio cuerpo de representar tal dolor con la lesión de un órgano. El órgano estaría en sustitución de la falta en el Otro. El yo se trata a sí mismo como un objeto, y así eterniza la falta real, en vez de percibir la pérdida. (Carranza et al., 1997, p.113)

Es que para el sujeto toxicomanía el horror está en tener que soportar el dolor de existir, porque se encuentre en falta pero prefiere ese plus de gozar porque eterniza a la falta a que tener que enfrentarla en su realidad, es por este que goza una y otra vez del objeto droga a través de su propio cuerpo, porque al final para sobrellevarlo se consume al objeto droga, pero su problemática se encuentra en ser más no en tener, porque el objeto queda impregnado en el cuerpo del tóxico.

Un desencadenante en la toxicomanía y en la recaída como tal suele ser el amor, aquel sujeto que no se siente amado o que tiene conflictos con sus seres amados, suele llevarlo a este deseo de consumir para un placer momentáneo. En "El Malestar en la Cultura" Freud dice que:

A lo que más aspira un hombre es a la felicidad y que el amar y ser amado es su máxima expresión. Pero que jamás estamos tan expuestos al sufrimiento como cuando amamos y jamás somos tan desamparadamente infelices como cuando perdemos al ser amado. (Carranza et al., 1997, p.113)

La soledad, el desamparo por aquellos grandes Otros es una de las principales causas de que el sujeto se excuse en consumir, porque es aquel

sufrimiento de estar en falta de amor del Otro, lo que lo llevan a la búsqueda de sustituirlo por otro objeto como lo es la droga. Para poder explicar más detalladamente, propondré una viñeta sobre un caso que he desarrollado en mis prácticas preprofesionales de pacientes neuróticos toxicómanos que han recaído.

L es un paciente de 21 años, ha pasado por 2 ingresos en el hospital por consumo de sustancias, las que más utiliza en su intoxicación son base de cocaína y marihuana, actualmente está en su tercer ingreso.

L ya tenía más de 4 meses en abstinencia, sin ningún tipo de consumo, incluso trabajaba dentro del hospital para mantenerse activo y relativamente estable económicamente porque igual era un sueldo mínimo porque seguía siendo un paciente en tratamiento de rehabilitación. Sin embargo, en una reinserción (es una fase en que se le permite al paciente salir los fines de semana para pasar con su familia o realizar otro tipo de actividades, en las que preferible esté fuera de consumo) L pasa el fin de semana con su pareja, quien le da la noticia de que tuvo un aborto involuntario, la reacción de L fue sentirse impotente, llorar, pedirle disculpas y luego llevarla al médico para que la revisen pero lo que ocasiono que vuelva a consumir fue no tener el dinero suficiente para su pareja y las medicinas que ella necesitaba. L expresa “psicóloga ya solo tenía un dólar en mis bolsillas, no sabía cómo decirle que no tenía, entonces preferí irme y fumarme mi dólar”.

Por lo que se observa que el detonante del paciente fue este sufrimiento causado por una pérdida, por un duelo como tal. Pero no fue capaz de soportar toda esta escena que le generó tanta angustia y dolor, sin querer siquiera encontrar una solución al respecto, porque la solución en el toxicómano suele ser sustituir con el objeto droga, aquella culpa y sufrimiento propio de su realidad.

En el caso de L, repetir la misma escena de volver a consumir ha sido su solución muchas veces, la mayoría de sus recaídas se dan ante conflictos con sus padres o pérdidas de relaciones amorosas, por lo que intentar corregir su conducta puede ser una forma, pero realizar un análisis subjetivo desde su temprana edad hasta ahora puede abrir muchas puertas de su malestar subjetivo, que permitirá construir su síntoma.

En relación a la recaída la podríamos determinar como un acting out se determina como “el actuar recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlos en el tratamiento” (Amarós Ruiz, 1993, p.16). Debido a que es una forma de sabotear su proceso dentro del tratamiento, pero también es frecuente por la repetición de siempre resolver sus conflictos o escenas de angustia de la misma forma, como en este caso L lo hacía con la droga, ya que el acting out tiende a ser esta forma en la que el sujeto encuentra para manejar su realidad dirigidamente con la acción mas no con el pensamiento.

Por otro lado, un tema importante dentro de las toxicomanías y la recaída es la manía. “La manía coloca al sujeto más allá de la castración. La cobardía moral del toxicómano frente a la sexuación hace que con la droga quiera evitar saber que no hay relación sexual” (Ramírez, 2010, p.6). Por lo mismo, que se ha estado desarrollando en esta investigación donde no existe una castración como tal en el sujeto toxicómano, de manera que lo lleva a querer relacionarse directamente con el objeto droga, porque su relación con ese objeto es inmediata, ya que no se toma por la dialéctica significativa, por lo que sus diques pulsionales como lo son la vergüenza, el asco, la culpa y la moral se ven afectadas, porque son aquellos sujetos que se involucraran en robos, prostituciones, realizar actos atroces con el objetivo de adquirir droga para poder consumir y satisfacerse por un corto lapsus de tiempo para luego volver al mismo ciclo.

La recaída como tal tiene varios desencadenantes singulares en cada sujeto, no existe un patrón como tal, sin embargo, desde el psicoanálisis a la recaída se la determina más como esta repetición en el goce del tóxico, porque lo que hace es que:

El tóxico cobra este doble valor: se apela a él como recurso ante lo insoportable de lo real (y es fundamental no perder de vista esta dimensión), pero no se culmina cuando logró cumplir dicha función; se continúa consumiendo aun cuando lo único que se consiga sea ahondar el padecimiento. (González Martínez, 2019, p. 394)

De manera que, la repetición en el toxicómano funciona como esta solución instantánea y momentánea, ya que la droga cumple una función de llenar ese vacío, pero por un corto momento y el tóxico vuelve a hacerlo para seguir manteniéndose en ese bucle que le permite escapar de su realidad.

Por otra parte, muchos toxicómanos recaídos pasan por un tratamiento que tal vez le sirvió en su momento, pero lo que causa la recaída en sí, es esta falta de representación en el toxicómano e incluso su mal funcionamiento de los diques pulsionales que crean a un sujeto neurótico lleno de un goce demás que solo quiere ser satisfecho por el objeto droga. Además, de ser el sufrimiento, sus relaciones complicadas con su gran Otro, la ruptura de lazo social, el acting out y la manía son estos conceptos claves que podrían desarrollar una recaída en el sujeto neurótico toxicómano.

Tratamientos

En el transcurso de estas investigaciones se ha ido desarrollando descriptivamente al sujeto toxicómano, al sujeto neurótico y al sujeto neurótico que recaen en esta problemática de la toxicomanía, pero el tratamiento es una base y clave para que el sujeto pueda encontrar una salida a su consumo tóxico, en este caso se explicarán los tratamientos que se realizan desde la perspectiva de 2 enfoques que han tenido un buen alcance en el tratamiento de rehabilitación en el área de adicciones, que son: enfoque cognitivo conductual y enfoque psicoanalista. Además, es importante mencionar que dentro de un tratamiento clínico de rehabilitación en adicciones siempre estará presente el área de medicina, sobre todo para controlar los síntomas o malestares que genera la etapa de desintoxicación donde se desarrolla la abstinencia.

Para las toxicomanías o adicciones existen varios tipos de tratamientos que al fin de cuentas tienen el mismo objetivo. Aunque de un lado se plantea el tratamiento cognitivo conductual que se enfoca plenamente en querer cambiar aquella conducta y pensamientos compulsivos por los que pasa el sujeto que está en consumo, pero tiene una cantidad de técnicas a emplear para el tratamiento de rehabilitación en pacientes adictos.

Del otro lado está el psicoanálisis que es otro tipo de tratamiento, el cual se basará más en construir una estrategia clínica diferente para cada sujeto, construyendo una transferencia e incluso una demanda en el tóxico, ya que suele ser algo complejo de encontrar porque el toxicómano no llega a análisis por querer dejar de consumir sino por otro malestar subjetivo en su ser, pero que el analista suele ser quien se encargue de guiar al paciente

hacia una solución o una forma de vivir con este estado de un goce autoerótico difícil de satisfacer.

Es importante mencionar que a nivel social y político La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) han realizado un programa global sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia que fue implementado en el periodo del 2010 hasta la actualidad. Esta tiene como objetivos fundamentales:

Fortalecimiento de capacidades sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia basado en evidencia científica; apoyar el desarrollo de servicios de tratamiento basados en evidencia científica; apoyar la promoción y el desarrollo de políticas basadas en la evidencia sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia. (UNODC, 2024)

Además, de que se han realizado observaciones positivas dentro de este programa para la población de sujetos drogodependientes y varios países a nivel mundial han sido donantes potenciales para el desarrollo de este programa, tales como, Francia, Israel, Italia, Japón, ONE UN Fund, Federación Rusa, Suecia, Suiza, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos.

Enfoque cognitivo conductual

En este enfoque cognitivo conductual se guía el diagnóstico del paciente con el DSM-V donde se ubica a este abuso de consumo de drogas en la sección de “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, es importante mencionar que no suelen utilizar la palabra “adicción” sino más bien se la conoce con un “trastorno por consumo de sustancias”.

En este caso, el enfoque cognitivo conductual cuando se trata al trastorno por consumo de sustancias, lo hacen por la vía de los pensamientos, las emociones, la conducta, el comportamiento y también por las respuestas fisiológicas que su problemática le esté generando. Por lo que se suele caracterizar por usar una variedad de técnicas en las que se destaca el área conductual, cognitiva y de aprendizaje del paciente.

La OMS (2005) la terapia cognitiva conductual permite, junto con la prevención de recaídas y terapias motivacionales que el paciente

consumidor desaprenda la conducta adictiva y modifique la generación de estímulo respuesta, llevando al paciente a nuevas asociaciones. (Como se citó en Bedoya Londoño & Orozco Tamayo, 2019, p. 35)

Es por esto, que suele ser una las terapias más enfocadas dentro del área de pacientes con exceso de consumo de sustancias, porque suelen desarrollar estrategias en las que el paciente pueda llegar a generar un gran cambio en su un nivel de autocontrol en sus comportamientos, identificar y reformular pensamientos.

En el Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en clínica en formación (2010) brinda el nivel de evidencia que existe en las terapias con orientación cognitivo conductual en el tratamiento de las conductas adictivas, tales como:

Las terapias cognitivo-conductuales son más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado y su eficacia aumenta en tratamientos multicomponentes; respecto al formato de tratamiento, la terapia cognitiva-conductual ha mostrado su efectividad tanto en formato grupal como individual; respecto a la duración, a mayor tiempo de exposición a la terapia cognitivo conductual mejores resultados a largo plazo; respecto a la duración de los efectos, con la terapia cognitivo conductual los efectos se extienden más allá del tratamiento pero con el tiempo decaen; es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares en adolescentes con psicopatología asociada. (p. 157)

Por lo que se puede observar que las terapias cognitivas conductuales tienen sus pros y sus contras basadas en evidencia, como todas las psicoterapias. Sin embargo, es una de las más utilizadas dentro del tratamiento de conductas adictivas, justamente porque emplea diferentes técnicas con respecto a la conducta, pero un estado con el que más trabajan es con el Craving que lo han conceptualizado como una “referencia al deseo irrefrenable por el consumo o ansia de la droga” (Sánchez-Hervás et al., 2001, p.237) que se ve desarrollado durante y después del tratamiento.

“El manejo del craving es una situación determinante para la adherencia al tratamiento de las personas fármaco dependientes, puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico” (González Salazar, 2009, p. 12). Es este deseo de consumir que les es inevitable controlar, lo que hace que el paciente vuelva a recaer o decida abandonar el tratamiento, además de que primero se debe identificar qué tipo de craving está atravesando el paciente para poder aplicar las técnicas adecuadas, según la RET (Revista de Toxicomanías) (2009) los tipos de craving son:

1. **Respuesta a los síntomas de la abstinencia:** Cuando sucede la disminución del grado de satisfacción que encuentran en el uso de la droga, pero el incremento de sensación de malestar interno cuando deja de tomar la droga.
2. **Respuesta a la falta de placer:** Cuando sucede el aburrimiento o no tengan habilidades para encontrar formas prosociales de divertirse, por lo cual desea mejorar su estado de ánimo "automedicándose"
3. **Respuesta "condicionada" a las señales asociadas con drogas:** Cuando los pacientes asocian estímulos neutros (una esquina determinada de una calle, un número telefónico, un nombre, etc.) condicionados por una intensa recompensa obtenida de la utilización de drogas que inducen un craving automático.
4. **Respuesta a los deseos hedónicos:** Cuando el paciente combina una experiencia natural placentera con el uso de drogas (por ejemplo, cuando combina el sexo y drogas) que hace que se asocien, desarrollando un inicio de craving al realizar la actividad natural sin el uso de drogas por que el placer experimentado de estas experiencias no es comparable cuando se combina con la droga.

Entonces a partir de que se identifiquen el craving y las emociones o pensamientos que se presenten en el paciente, por medio de ciertas técnicas como lo es el autorregistro, la cual se basa en que el paciente debe registrar en una hoja su pensamiento, emociones, situaciones activadora y por el mismo lado ir reformulando aquellos pensamientos intrusivo que generaron emociones negativas para al final establecer que técnica se podría emplear

para aquella situación que activó el deseo del consumo y reformular a emociones y pensamientos positivos.

En el tratamiento el craving se maneja a través de algunas estrategias cognitivo conductuales como ya se había mencionado, pero ahora se describe cuáles son las que más se suelen utilizar y cómo funcionan en el paciente en especial las siguientes que nombrare, a partir del artículo de la RET (Revista de Toxicomanías) (2009):

- ❖ **Detención de Pensamiento:** funciona en que el terapeuta debe decir “¡Alto!” o una palabra en específico para parar los pensamientos intrusivos del paciente que estén asociados al craving, con el objetivo de que el paciente observe su capacidad de detener aquellos pensamientos negativos, para que luego pueda modificarlos en pensamientos positivos y eficaces para el paciente.
- ❖ **Control y Programas de Actividades:** esta técnica se la utiliza para poder organizar las actividades que realiza o realizará el paciente día a día para no volver a caer en hacer actividades donde la droga estaba presente, de forma que se van sustituyendo por actividades positivas y recreativas.
- ❖ **Técnicas de distracción:** se basa en distraer al paciente ante aquellos pensamientos o sentimientos que evocan el Craving, en donde el terapeuta podría establecer un acuerdo con el paciente en que debe realizar actividades como ir al gimnasio o centrarse en cosas específicas del lugar en el que está con el objetivo de que vaya calmando ese deseo por consumir.
- ❖ **Autoinstrucciones y autoafirmaciones:** esta técnica se basa en verbalizar lo que el paciente debe hacer o sentir, pero tiene que ser él mismo quien lo ponga en palabras, de forma que se va modificando la conducta a través de su propio discurso.
- ❖ **Desensibilización sistemática:** se refiere a poner al paciente frente al estímulo una y otra vez, con el objetivo de que vaya perdiendo progresivamente su nivel de ansiedad. Es importante mencionar que

primero se comienza con la imaginación para luego poder enfrentar al paciente hacia el estímulo real.

Como estas técnicas hay muchas más con las que se puede manejar el craving, pero todas se utilizan en el tratamiento hacia pacientes con conductas adictivas. Por lo que, todas terminan teniendo el mismo objetivo de poder delimitar los pensamientos y sentimientos negativos que dirijan al paciente hacia este estado de Craving, para que pueda poder enfrentarse a ellos en su vida cotidiana y tenga el conocimiento clave para poder sobrellevar aquella situación negativa.

Las intervenciones con este enfoque cognitivo conductual pueden ser tanto individual como grupal, así mismo el empleo de sus técnicas suele ser más eficaz si las logra relacionar o que una complementa a otra, para que de esa forma el paciente vaya obteniendo resultados más rápidos. Además, es importante mencionar que se debe emplear un tratamiento multidisciplinario en el que para una buena recuperación y prevención de recaídas también es importante el área médica o psiquiátrica en donde entra la parte farmacológica establecida para pacientes con este tipo de problemática frente al consumo.

Enfoque Psicoanalítico

El tratamiento de toxicómanos que tiene como base al enfoque psicoanalítico se va a especializar más en el sujeto que en su consumo, ya que sus intervenciones serán realizadas para poder distinguir la estructura del paciente y su malestar subjetivo para partir desde ahí. Es importante mencionar que en los sujetos toxicómanos suelen ser sujetos que necesitan respuestas o soluciones rápidas, por lo que suelen preferir ser internados en un hospital psiquiátrico, ya que en el análisis va acorde al tiempo de cada persona.

Por lo tanto, el tratamiento del sujeto en el enfoque psicoanalítico se observará desde el abordaje del analista en intervenciones clínicas particulares o individuales con el paciente toxicómano, en la que como base se encontrarán entrevistas preliminares, transferencia, demanda, síntoma, entre otros que se irán desarrollando poco a poco durante su proceso analítico.

En primera instancia se encuentran las entrevistas preliminares, en la que “es una consecuencia directa de cómo damos una estructura a las “bienvenidas”” (Miller, 2006, p.18), el analista suele demorar el inicio de su proceso de análisis por medio de las entrevistas preliminares, ya que según lo que se observe y se escuche en el recorrido del paciente, el analista debe determinar si la demanda del paciente es precisa para un análisis

Miller, (2006) en su texto Introducción al método psicoanalítico determino 3 niveles para una dirección de la cura por medio del psicoanálisis, en las que se encuentran:

- ❖ La “Avaluación clínica” en la que el analista debe realizar un diagnóstico preliminar de acuerdo a la estructura psíquica del paciente, es decir, poder distinguir en si es neurosis, psicosis o perversión.
- ❖ La localización subjetiva se da a partir del dicho del sujeto y la interpretación que le brinda el analista al dicho. En el toxicómano podría existir una cierta complejidad por aquellos dichos en los que existe la mentira, pero es que tampoco existe una verdad “en el análisis, el esfuerzo de decir la verdad, la verdad más aguda que surge es ... que no podemos conocerla, y es con la regla analítica de decirlo todo como eso aparece” (Miller, 2006, P. 41). Es decir, que por medio del dicho del paciente y el análisis es que se le permite conocer su propio ser, su sufrimiento, su verdad que solo puede ser dicha por sí mismo.
- ❖ La introducción al inconsciente, tiene relación con el deseo del paciente y la demanda, en donde las entrevistas preliminares siguen estando presentes para encontrar la posición en la que se encuentra el sujeto.

Es a través de la avaluación y la localización subjetiva en que es a través del dicho que se permite llegar a introducir en el inconsciente del paciente para acercarse a lo real. Esto le permite al sujeto “aceptar la asociación libre, quiero decir, a hablar sin saber lo que dice, a hablar buscando el sentido de lo que dice, o sea, a abandonar la posición de Amo” (Miller, 2006, p. 63). Lo cual si lo relacionamos a un discurso de un neurótico toxicómano tiene mucha relación, en no querer dejar de ser el Amo, aquel que puede llegar a análisis por otros motivos manifiestos, pero deja a un lado su verdadera problemática que desarrolló o construyó un consumo tóxico.

Por lo que, a partir de esto tienden a “delimitar la función del tóxico durante el período de entrevistas preliminares, es de capital importancia a fines de realizar un adecuado diagnóstico diferencial y trazar a partir de allí, la dirección de la cura” (Padín, 2015, p.1). Así mismo, se lo desarrolla con la evaluación clínica, la localización subjetiva y la introducción al inconsciente del sujeto, que permite tener un diagnóstico de su estructura psíquica y desenvolver su deseo para generar una demanda valiosa para el análisis.

Así mismo, funciona en los sujetos neuróticos toxicómanos las entrevistas preliminares para determinar al síntoma, pero es por medio del consumo tóxico que el sujeto se verá cuestionado, con el objetivo de realizar una localización subjetiva y el sujeto le permita al analista introducirse a su inconsciente.

Si lo relacionamos con la toxicomanía, Naparstek brinda una explicación más organizada sobre cómo se constituye un sujeto toxicómano y el goce perdido que en realidad se transforma en querer gozar demás.

La constitución del sujeto mismo como producto de una pérdida de goce, la restitución que intenta el consumo del tóxico anula la dimensión subjetiva misma, esa dimensión queda obturada. Se taponan la hiancia del sujeto vía la operación toxicómana, ahorrándose el encuentro con el agujero, ubicando en su lugar una sustancia, un objeto que proporciona un goce que lo satura. (Naparstek et al., 2021, p.262)

Exactamente, por qué el goce está desregulado fálicamente puede llegar a ser mortífero en el toxicómano y dirigirse directamente hacia la pulsión de muerte sin antes tramitar la parte simbólica de lo real.

Así mismo, no se plantea como un síntoma subjetivo dentro de las toxicomanías, pero aun así en el sujeto tóxico está un síntoma que lo introduce al lazo social, como ya se explicó en su momento con el discurso capitalista. Es muy poco probable también que se encuentre en el paciente esta demanda de querer dejar las drogas (estar en abstinencia), es por esto que el analista se debe encargar de cuestionarlo para que surja una demanda hacia su consumo y se relacione con el deseo. Además, existen estas representaciones particulares sobre ser un “adicto” que le llegan a generar un placer inmediato, por lo que el Otro llega a ponerse a un lado porque no le es

necesario y al menos en el sujeto neurótico el deseo del Otro es lo que lo promueve a desenvolverse en la sociedad.

No obstante, existen sujetos toxicómanos que no quieren responder a la demanda justamente porque van en contra del deseo, entonces el analista tiende a operar con su deseo, el deseo del analista. “Deseo que implica una apuesta: ser causa del deseo del analizante, en otras palabras, abrir a una posibilidad de trabajo, de análisis, que lleve a la transformación del goce que se pone en juego en las toxicomanías” (Padín, 2015, p.3). De forma que por medio del deseo del analista pueda orientar al paciente hacia el camino de la cura, haciéndose responsable de la realidad de su deseo. Por lo tanto, se trata de un tratamiento que no se basa en la abstinencia del paciente, sino en que sea una escucha que sea brindada por el ideal, es decir por aquel gran Otro.

Por lo que, se observa que la posición del analista es fundamental sobre todo porque tiene que intervenir en aquel sujeto que se satisface por medio de un objeto más no de la palabra y tener que dirigir la orientación del goce de un sujeto tóxico hacia una lógica en la que se encuentre con el Otro. Porque en el tratamiento toxicómano, el sujeto puede no encontrar una respuesta al “¿por qué consumo?”, por lo tanto, el analista será quien se encargue de introducir una función del objeto droga para ser consumo y que se implique de una forma subjetiva para el paciente en la que encuentre una lógica al respecto. Es por esto que Naparstek (2010) y Miller (2005) realizaron 3 puntos importantes que se deben emplear al inicio dentro de un tratamiento con sujetos toxicómanos:

Favorecer la instalación del dispositivo analítico: localización subjetiva: lo que implica tomar lo que el paciente dice, localizar el decir del paciente e interrogar la posición que él toma frente a su decir; localizar la función del tóxico, función significativa de la droga, esto es saber qué consume y para qué lo hace; favorecer la precipitación de una demanda de verdad, un querer saber de eso que no sabe. (como se citó en Granados et al., 2013, p.55)

En esta misma línea, se comprende que el trabajo analítico con pacientes toxicómanos suele basarse en la función del tóxico del sujeto y la importancia que le brinda el paciente a querer saber la raíz de su consumo, con la finalidad de realizar un diagnóstico desde la escucha del paciente y

poder identificar cómo se desarrolla singularmente esta relación entre lo tóxico y el sujeto.

Otro punto importante dentro del tratamiento con toxicómanos es la transferencia, el desarrollar una transferencia con aquellos sujetos que están en consumo tóxico podría ser complejo, ya que a través de la transferencia es que se genera esta relación entre psicólogo-paciente. Sin embargo, se ve una dificultad en los sujetos toxicómanos justamente por su goce autoerótico, en donde no necesita del otro para complacer su deseo e introducir al paciente en el campo del Otro es lo complejo. “El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura, y a la persona del médico” (Freud: 1973b: 1672 como se citó en Granados et al., 2013, p. 57).

De igual forma, los abordajes psicoanalíticos en las toxicomanías siempre tendrán una relación base con la abstinencia, porque por medio de este fenómeno es que se desamarra al sujeto de la sustancia para que no exista esta representación de “soy adicto” o “soy ex adicto”, ya que los sigue manteniendo con el mismo discurso de siempre que en su psiquismo no puede diferenciarse y como consecuencia vuelve la recaída.

Es importante establecer que las intervenciones son totalmente singulares al malestar de cada sujeto y a medida que avanza la sociedad se desarrollan los malestares, por eso también hay que tener en cuenta que aquellos síntomas sociales o de la época pueden verse reflejados en el paciente. En el psicoanálisis es fundamental la orientación con la que se va dirigir la dirección de la cura, de forma que el analista también se va a cuestionar a sí mismo y a sus intervenciones con el “¿qué hago?” para poder pensar sobre su propia práctica.

El tratamiento que brinda un analista en las toxicomanías tiene como base alojar al sujeto, mas no de limitarse al diagnóstico clínico del paciente con la finalidad de volver a fijar al paciente a su pasado y obviar su estado actual. Es por esto que el enfoque psicoanalítico “no trata de “curarlo de lo que padece”, sino por el contrario, de la apertura de un tiempo para la inscripción de la palabra como ruta privilegiada” (Padín, 2015, p.5).

La ética del analista en este tratamiento de toxicomanías se emplea en Saber-hacer, porque cada analista realiza sus intervenciones acordes al sujeto. Aun así, en paciente toxicómanos se trata de que a través del consumo

se lo transforme en una interrogante o síntoma para darle un tratamiento específicamente al goce del tóxico, por lo que se centra en la localización del goce y en la forma en que cada sujeto articula su consumo.

Cabe recalcar que esta estructura va acorde a la dirección de la cura desde análisis o psicólogos con enfoque psicoanalítico que realizan tratamientos individuales o particulares a una institución hospitalaria o psiquiátrica, ya que pueden ir dirigidas por las mismas estrategias de introducirse en la singularidad del paciente, sin embargo, existirán ciertas limitaciones acorde a la ética y normas de la institución con las que se deba manejar el proceso terapéutico del profesional.

CAPÍTULO 4

Metodología

Enfoque:

La investigación responde al enfoque cualitativo, de acuerdo con Sampieri (2014), “este enfoque pretende describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por el sujeto” (p. 6). También permite la inclusión de múltiples tipos de datos, lo que enriquece la comprensión de la investigación. Por lo tanto, con la ayuda de la revisión bibliográfica y la recolección de datos de las entrevistas semiestructuradas dirigidas a los profesionales del área de psicología con enfoque tanto cognitivo conductual como psicoanalítico, se podrá tener una visión más amplia para poder reunir evidencia empírica que respalde las preguntas de investigación formuladas.

Paradigma:

Se utilizará el paradigma interpretativo, ya que tiene como objetivo:

Profundizar en la investigación, planteando diseños abiertos y emergentes desde la globalidad y contextualización. Las técnicas de recogida de datos más usuales son la observación participativa, historias de vida, entrevistas, los diarios, cuadernos de campo, los perfiles, el estudio de caso, etc. (Ricoy Lorenzo, 2006, p.17)

En donde se proporciona datos detallados y específicos sobre el objeto de estudio desde una percepción subjetiva que, a través de experiencias de profesionales del área, permite desarrollar el objeto de estudio que son los pacientes neuróticos toxicómanos que recaen, empleando las técnicas e instrumentos como observación, entrevistas semiestructuradas y análisis textual, con el objetivo de poder examinar el contenido de los textos y artículos para relacionarlos con el tema principal.

Método:

El método a emplear será el descriptivo, ya que en esta investigación se conceptualizan los diferentes aspectos psicoanalíticos con sus respectivas variables de toxicomanía y recaída, realizando un análisis con el proceso de rehabilitación de sujetos con consumo toxicómano. De acuerdo a Sampieri (2014), “el método de estudio descriptivo mide y evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar” (p. 14). Por lo tanto, permitirá reforzar esta investigación, desde una nueva perspectiva con variables que otras investigaciones no han abordado.

Técnica:

Las técnicas utilizadas dentro de esta investigación son la revisión de literatura e información documental, ya que ambas se establecen como técnicas de recolección y análisis de información. Estas técnicas son fundamentales y eficaces para la investigación cualitativa, ya que permite examinar los conceptos claves para la construcción del marco teórico. Así mismo, brinda conocimiento sobre diferentes formas de pensar y abordar el planteamiento que en este caso sería la recaída en pacientes neuróticos por consumo toxicómano (Hernández Sampieri, 2010, p. 370). Además, la revisión de información documental es una técnica que “amplía los constructos hipotéticos y enriquece su vocabulario para interpretar su realidad” (Gómez et al., 2016, p.50). Por lo tanto, permite construir una interpretación en base a lo estudiado e investigado del tema principal como son la recaída en aquellos pacientes neuróticos con consumo toxicómano.

Instrumentos:

El instrumento más relevante y utilizado dentro de esta investigación serán los libros y artículos científicos, para poder relacionarlo con la temática principal. Además, se trabajará con la experiencia de profesionales dentro de para la realización de las entrevistas semiestructuradas se desarrollará las preguntas necesarias a partir del objetivo principal de la investigación, en las que estarán presentes las variables para los participantes. Debido a que “las entrevistas semi estructuradas 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 Sampieri, 2010, p. 407).

Muestra:

Se realizará una muestra no probabilística o dirigida, se basa en “Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación” (Hernández Sampieri, 2010, p.176). Porque, la muestra con la que se trabajará serán psicólogos profesionales, quienes tienen experiencia en el tratamiento con pacientes toxicómanos, ya en intervenciones particulares en la que 3 de ellos se manejan con el método cognitivo conductual y 3 de ellos con el método psicoanalítico, los cuales brindaran información y teoría detallada para relacionarla con el tema principal y generar datos o hipótesis que construyen una base para investigaciones más específicas.

CAPÍTULO 5

Presentación y Análisis de resultados

Por medio de las entrevistas semiestructuradas que fueron aplicadas a psicólogos profesionales quienes se especializan o han trabajado con pacientes neuróticos toxicómanos, se establece las 3 variables relacionadas con la investigación (**Tabla 1**) y se analizarán las entrevistas para desarrollar los resultados de una forma organizada a través de una esquematización y poder encontrar similitudes o diferencias en las respuestas que se relacione con las causas de la recaída en pacientes neuróticos toxicómanos quienes ya han atravesado un tratamiento pero vuelven al consumo tóxico.

Tabla 1: Presentación de variables

VARIABLES	RELEVANCIA
Toxicomanía	Desde un aspecto clínico de la salud mental, se conoce a la toxicomanía como un “hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor” (RAE, 2023). Pero desde el discurso psicoanalítico se lo determina como un fenómeno social, en donde el sujeto puede quedar alienado a múltiples objetos que lo satisfagan. Es por esto que, si detallamos a la toxicomanía se encontrara que “proviene del griego "toxicon", que significa "veneno", y del latín "manía", que vendría a ser, locura caracterizada por delirio y agitación. Es decir, etimológicamente, la toxicomanía sería una alteración mental que induce al individuo al consumo de un veneno” (Lora & Calderón, 2010, par.15).
Neurosis	Se enfoca a la estructura neurótica, porque “la neurosis son posiciones sintomáticas del deseo y, en este punto, remiten a sus fantasmas específicos” (Lutereau, 2014, p.20). Debido a que, es a través del deseo por

	<p>complacer al otro que se realizará el funcionamiento de la toxicomanía, porque en el sujeto toxicómano se desarrolló un deseo sin el Otro, que genera un goce autoerótico. Por lo tanto, se la determina como base con respecto a la estructura psíquica del sujeto toxicómano al que se quiere hacer referencia dentro de esta investigación.</p>
<p>Recaída y Tratamientos</p>	<p>La recaída y el tratamiento son plenamente relevantes ya que en esta investigación se refiere al ¿por qué? El sujeto vuelve a recaer en el consumo tóxico, aunque con anterioridad haya pasado por un tratamiento psicológico, en esta investigación se especifican dos métodos de tratamiento que son; enfoque cognitivo conductual y enfoque psicoanalítico. Debido a que, la recaída se presenta como, “el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado inicial de la enfermedad adictiva” (Martínez et al., 2019, p.85). Entonces, cómo se desarrolla el tratamiento de aquellos dos enfoques con pacientes toxicómanos recaídas y cuáles son las técnicas o estrategias que más emplean.</p>

Análisis de resultados de las entrevistas

Instrumento aplicado a los profesionales: Entrevistas semiestructuradas

Explicación: Se analizó la entrevista semiestructurada (**Tabla 2**) que está dirigida a los profesionales que trabajan con pacientes toxicómanos, la cual está construida por 7 preguntas, con el objetivo de identificar las causas o detonantes particulares que ocasionan a los sujetos neuróticos recaer en el consumo tóxico, a pesar de haber atravesado un tratamiento de rehabilitación.

Por lo que, se entrevista a profesionales que se desempeñan en el área del consumo de drogas, con el método cognitivo conductual y psicoanalítico.

Tabla 2: Análisis de resultado de la entrevista

Análisis de entrevistas a profesionales	
<p>1. ¿Cuál sería la definición de la recaída desde su experiencia con pacientes toxicómanos?</p>	<p>Todos los profesionales 6/6 coincidieron en que la recaída se basa en una repetición. Desde la perspectiva de los profesionales con enfoque psicoanalítico 3/6 coinciden en que la recaída es una repetición del goce, debido a que el sujeto no llega a inscribir su goce porque la función del objeto droga llega a taponar aquel conflicto con lo real no tramitado. Por el lado, de los profesionales con enfoque cognitivo conductual 3/6 también definieron a la recaída como una repetición de conducta y pensamientos que lo lleva a realizar esta acción de volver a consumir para satisfacer su placer inmediato. Es importante mencionar, que todos concordaron en que el sujeto recaído es aquel que haya pasado por un proceso de abstinencia total con la droga, es la única forma de poder determinarlo como una recaída.</p>
<p>2. ¿Qué función cree que desempeña el goce frente a la recaída de pacientes neuróticos toxicómanos?</p>	<p>De acuerdo a la función del goce, si existió cierta distinción con respecto al concepto entre profesionales psicoanalistas y profesionales con enfoque cognitivo conductual. Por lo tanto, desde el enfoque psicoanalítico, los profesionales 3/6 concordaron en que la función del goce toxicómano es un goce autoerótico, que</p>

	<p>trabaja en función de que el sujeto no necesite de un Otro, sino que se autocomplace con el objeto droga, además de ser un goce de más o un goce infinito aquel que no está limitado por la lógica fálico. Así mismo, uno de los profesionales 1/6 determinó al goce toxicómano como un goce cínico, inexistente porque pareciera que fuera descreído del Otro, pero igual coincidió que era un goce autoerótico. Por el otro lado, los psicólogos con enfoque cognitivo conductual 3/6 relacionaron al goce con la repetición y el placer inmediato, ya que el adicto llega a ver el consumo de sustancias como una recompensa que le genera esa búsqueda de placer inmenso, que se lo puede relacionar con el circuito de recompensa que se describió en esta investigación en el subtema de la neurobiología de las drogas.</p>
<p>3. ¿Considera que los sujetos con estructura neurótica tienen mayor tendencia a recaer? ¿Por qué?</p>	<p>En este caso, 5/6 de los profesionales consideraron que la toxicomanía no dependía tanto de la estructura psíquica del sujeto, sin embargo, si existe un funcionamiento diferente de la toxicomanía en cada estructura. No obstante, un profesional 1/6 tiende a considerar que la estructura psicótica tiene mayor tendencia a la recaída, porque no existe una implicación activa del sujeto hacia el tratamiento.</p>
<p>4. ¿Cuáles son los desencadenantes que</p>	<p>En esta pregunta destacaré los desencadenantes que más sobresalieron dentro de las respuestas de los profesionales.</p>

<p>contribuyen en un paciente neurótico toxicómano a retornar al deseo de consumir?</p>	<p>Por ejemplo, el psicólogo M, mencionó que hay muchos detonantes para la recaída en el sujeto, sin embargo, la que más ha sobresalido dentro de su experiencia es el tema del amor, con respecto al neurótico que quiere llenar las expectativas del Otro, el desamor o el no saber si el Otro me ama de la misma forma en que él lo hace, suele ser una señal para volver a recurrir al consumo. El psicólogo J determinó un desencadenante desde el goce, debido a que suele ser un goce con una satisfacción funcional directa porque no existe una mediación simbólica, ocasionando que reaparezca la dimensión del cuerpo, el dolor y la culpa, por lo tanto, el sujeto recaído prefiere seguir en el consumo a que volver a la realidad de su sufrimiento y su fracaso. Para la psicóloga P, desde su experiencia un desencadenante fundamental fue la presión social y el volver a estar en lugares donde frecuentaba su consumo. Para el psicólogo C, mencionó que los desencadenantes que prevalecen según su experiencia son a nivel de estructura o dinámica familiar y también podría ser la duda en la decisión del sujeto sobre dejar consumir en sí está bien o solo es momentáneo y la curiosidad de saber la respuesta lo vuelve a llevar al consumo, que tiene relación con el desencadenante que estableció la psicóloga I, en el deseo y su desestabilización con su red de apoyo o base de acompañamiento, ya que al no tenerla sus pensamientos sobre la</p>
--	--

	<p>droga vuelven hacer invasivos y recurren a la recaída.</p>
<p>5. ¿Las intervenciones clínicas en un paciente toxicómano recaído son diferentes a las de un paciente toxicómano?</p>	<p>Para 5/6 profesionales las intervenciones clínicas de un paciente toxicómano y un paciente toxicómano recaído si existe una diferencia, aunque no es un contraste total, porque claramente padecen del mismo malestar como lo es la toxicomanía, pero lo que varía suele ser la demanda del paciente, ya que si recayó fue porque atravesó un tratamiento previo para mantenerse en abstinencia, pero al volver se debe identificar si hay demanda del sujeto pero si no la hay entonces se debe ir por los bordes para no ser invasivo. Desde el lado cognitivo conductual, también existe una diferencia, pero con el objetivo de que se reformulen los objetivos con el paciente, ya que si recayó fue porque lo antes planteados fracasaron, por lo que se refuerzan los aspectos del tratamiento pasado que el psicólogo crea pertinentes. Sin embargo, 1/6 de los profesionales mencionó que no, porque se trata de avanzar hacia la resolución del conflicto psíquico. Cabe mencionar, que todos los psicólogos concuerdan en que depende de cada caso el tipo de intervenciones que se realicen, ya que cada sujeto, aunque recaiga por el mismo objeto droga, tiene diferentes conflictos o problemáticas por las que se debe pasar para desarrollar un tratamiento acorde al paciente.</p>

<p>6. ¿Cuáles son las técnicas que más se emplean en el tratamiento de un paciente toxicómano recaído?</p>	<p>Desde el lado de psicoanálisis, los profesionales destacaron sus estrategias que desarrollan dentro de su análisis con pacientes toxicómanos. El psicólogo R, destacó el no quitar la responsabilidad al sujeto, que no se trata de culpar, sino de siempre responsabilizar al paciente sobre los actos que realiza el sujeto. El psicólogo J, mencionó que se podría aplicar una demanda familiar para problematizar el asunto o se puede intervenir en una institución psiquiátrica, ya que esto permite un recorte del goce en el sujeto. El psicólogo M, se guio por explicar sobre la interpretación en el análisis, ya que con el toxicómano su discurso siempre estará dirigido al consumo, pero el analista debe intentar desplazar el tema hacia algo más íntimo, además de que las intervenciones tienen que ser pensadas con la estrategia que tiene que ver con la transferencia y el semblante con el que se muestra hacia cada uno de sus pacientes, son fundamentales para mantener el control del caso. Por último, los psicólogos con enfoque cognitivo conductual 3/6, se rigen desde una evaluación de la recaída del paciente para identificar los desencadenantes que la propiciaron y realizar un plan de tratamiento acorde al paciente, las técnicas que suelen emplear son la identificación de factores de riesgo y protección, reformulación de pensamientos, manejo de tolerancia a la frustración, la</p>
---	---

	<p>aceptación radical, entre otras técnicas con las que se pueda reformular la conducta compulsiva y los pensamientos intrusivos del paciente.</p>
<p>7. ¿La recaída en los pacientes toxicómanos surge por una mala intervención clínica o depende totalmente del sujeto?</p>	<p>Todos los psicólogos 6/6 concuerdan que la recaída del paciente es un 50-50, ya que totalmente depende del paciente en si quiere trabajar su problemática del consumo, cuán comprometido está a ellos y también el resolver los conflictos que lo llevan a recaer en el consumo. Sin embargo, existen intervenciones clínicas mal tramitadas de los profesionales, en donde se deja a un lado la subjetividad del paciente y se centran plenamente en el consumo, lo que puede ocasionar que se apliquen técnicas que no van acorde al paciente. No obstante, desde el psicoanálisis, los profesionales 3/6 mencionan que puede ser paradójico justamente porque el análisis puede llegar a ocasionar horror en el paciente, incluso se pueden desencadenar, pero por intervenciones que son salvajes o no adecuadas para el paciente.</p>

Análisis de resultados

Para el trabajo con las entrevistas realizadas se citó a cada profesional individualmente, en donde se entregó el formato del consentimiento informado que cada uno firmó para poder tener el permiso de analizar sus respuestas en el trabajo de investigación. Por lo tanto, se realizó una triangulación con los resultados arrojados en la entrevista de acuerdo a la teoría y metodología

expuesta con anterioridad en los capítulos previos, por lo cual se obtuvo lo siguiente:

El enfoque cualitativo, permitió analizar el discurso de cada profesional que realizó la entrevista, donde cada uno desde su conocimiento pudo brindar que es una recaída, los desencadenantes y las técnicas o estrategias que aplican dentro de su tratamiento con pacientes neuróticos toxicómanos recaídos.

Se le realizó la entrevista a psicólogos profesionales que trabajan con enfoque psicoanalítico y otros con enfoque cognitivo conductual, con el objetivo de adquirir conocimiento e información base a su experiencia con pacientes neuróticos toxicómanos recaídos, de forma que se obtuvo resultados desde ambas perspectivas con respecto a la toxicomanía, la estructura neurótica, la recaída y el tratamiento.

Es importante mencionar en el análisis que dentro de las entrevistas con psicólogos que trabajan con un tratamiento cognitivo conductual se le gestionó una comparación breve sobre ciertos conceptos para relacionarlos a su discurso, por ejemplo: la toxicomanía como adicción, el goce como repetición y relacionado con el placer inmediato y la estructura neurótica se refiere a la estructura psíquica del paciente, con la finalidad de no generar confusiones en sus respuestas.

Por medio, de las 7 preguntas desarrolladas para la entrevista, se pudieron despejar las 3 variables de esta investigación que son toxicomanías, neurosis, recaída y tratamiento. Además, que desde la teoría psicoanalítica se describen las variables con anterioridad en el marco teórico de la investigación.

La variable de la toxicomanía estuvo presente en todas las preguntas, ya que es un concepto fundamental dentro de las recaídas. Sobre todo, los psicólogos con enfoque psicoanalítico brindaron definiciones desde su experiencia con respecto a la toxicomanía, donde explican la relación que tiene la droga con el sujeto, en el que se basa de ese goce toxicómano que es autoerótico como ya se ha mencionado antes, pero que también llega a existir una función en el cuerpo del toxicómano porque se atraviesa un cuerpo no castrado, justamente porque dentro de su goce infinito no está presente la lógica fálica, que es aquello que le da al sujeto estos límites de mantener la

moral, la vergüenza, la culpa, tal como se lo plantea con los diques pulsionales.

La variable de la neurosis, se desarrolla por medio de conocer si la toxicomanía tiende más en sujetos neuróticos. Pero acorde a las respuestas de los profesionales la estructura psíquica del sujeto es indiferente dentro de las toxicomanías, sin embargo, cada estructura responde de una manera distinta a las toxicomanías, porque la estructura neurótica responde al deseo del Otro, pero que en este caso responderá al deseo de sí mismo relacionado con el consumo y su plus de gozar, también está la psicosis que uno de los profesionales hizo mención para distinguirlo con la neurosis, en el que menciona un caso de un sujeto psicótico que utiliza a la droga en modo de suplencia que hacía de freno a ciertos pensamientos paranoides que venían en relación a su familia, es decir, que por medio de la droga este sujeto lograba mantenerse en calma e incluso relacionarse con ese otro persecutorio. Por lo que, se puede notar una diferencia en el funcionamiento de la droga con las estructuras psíquicas del sujeto, aunque se consumió las mismas sustancias su forma de desenvolverse dentro de cada sujeto será totalmente diferente.

La variable de la recaída y el tratamiento, se describieron con perspectivas similares sobre la recaída desde la experiencia de los profesionales, en donde desde el psicoanálisis se la planteó como una repetición al goce y de lado cognitivo conductual también existe una repetición, pero desde la conducta y los pensamientos. A fin de cuentas, la recaída se genera por una repetición de acto, que se desarrolla por causas similares o diferentes, por ejemplo, se mencionó al tema del amor como un desencadenante, el sistema familiar, la mala tramitación de conflictos psíquicos también puede ser un desencadenante en el sujeto.

Referente al tratamiento es un punto importante dentro de esta investigación, ya que se intenta analizar por qué los sujetos neuróticos toxicómanos recaen al consumo aun luego de haber pasado por un tratamiento psicológico, ya se mencionaron ciertas causas o desencadenantes que más se destacan en aquellos toxicómanos que vuelven al consumo. Asimismo, los profesionales explicaron sus herramientas y estrategias que desarrollan dentro de sus intervenciones clínicas individuales,

haciendo énfasis en que cada paciente es diferente, por ende, no existe una base específica o sistematizada para tratar con este tipo de paciente.

El tratamiento tiene que apuntar a que el sujeto pueda saber algo de lo que le pasa, para poder saber-hacer con la función que tiene el tóxico dentro de su vida, porque si se vuelve a presentar el mismo malestar o conflicto, el paciente no va a saber qué hacer y volverá a lo que sí conoce que en este caso sería el consumo.

CONCLUSIONES

Para finalizar, en esta investigación se exponen los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos establecidos que se desarrollan por medio de la aplicación metodológica y la recolección de datos, además de la información que se ha logrado obtener a través de la revisión bibliográfica y el análisis de resultados de la entrevista a profesionales.

Con respecto al objetivo general de la presente investigación, desde la perspectiva psicoanalítica, los resultados obtenidos por medio de las entrevistas semi estructuradas sobre las causas de la recaída en aquellos pacientes toxicómanos aun luego de pasar por un tratamiento psicológico, son las siguientes: amor, soledad, sufrimiento, repetición de conductas y pensamientos, sistema familiar, presión social. Cabe mencionar, que existen más causas, pero estas fueron las que más prevalecen acorde a los profesionales entrevistados para esta investigación.

Por el mismo lado, se encuentran definida la toxicomanía desde un enfoque psicoanalítico, neurobiológico, social y antropológico, que también permite conocer la relación del objeto droga con el sujeto y como la toxicomanía llega a ser un síntoma social, de acuerdo a los discursos que propone Lacan se establece que el discurso capitalista tiene relación con el discurso que emplea el sujeto toxicómano, ya que por su plus de gozar no pueden llegar a crear un lazo social, porque solo está gozando hacia el consumo, al menos que se logre histerizar al toxicómano a través del análisis, permitiendo que formule un discurso de la histeria.

Por otro lado, se llega a describir cómo se construye las neurosis, desde el complejo de Edipo hasta la función del deseo y del fantasma dentro de la neurosis histérica y obsesiva, con el objetivo de relacionarlo con la función que ejerce la toxicomanía dentro de estas estructuras, ya que tienden a funcionar por medio de su goce infinito o goce autoerótico en donde dejan a un lado al Otro primordial, por lo que se observa el fracaso de la castración justamente porque el sujeto no quiere cumplir con el deseo del Otro, sino que sobrepone su deseo del consumo y su goce no tiene una lógica fálica que cumplir.

Por último, a través de las entrevistas también se permitió llegar a realizar un análisis de las técnicas empleadas en los tratamientos que brindan los profesionales con enfoque psicoanalítico en las que se destacan: la responsabilidad del sujeto, la demanda familiar, la intervención a un hospital psiquiátrico, la interpretación y el semblante del analista dentro de las intervenciones. Desde el enfoque cognitivo conductual, las técnicas que más aplican los psicólogos son: la evaluación de la recaída, realizar un plan de tratamiento acorde al paciente, la identificación de factores de riesgo y protección, reformulación de pensamientos y conductas, manejo de tolerancia a la frustración, la aceptación radical, crear cronograma de actividades y el registro y cuestionamiento de pensamientos.

Para finalizar, los resultados arrojados de la entrevista y el análisis de información teórica obtenida por la revisión bibliográfica, permite que esta investigación tenga fundamentos estables para comprender sobre las causas por las cuales los pacientes recaen y la importancia del tratamiento dentro de los mismos pacientes, para poder obtener resultados acordes al deseo o la demanda del paciente, ya que ahí se encontrara la razón de su consumo tóxico.

REFERENCIAS

- Ara Comín, M. (2010, noviembre 25). De nuevo, el complejo de Edipo. *Intercanvis*, 21-27. file:///C:/Users/USER/Downloads/354006-Text%20de%20l'article-510464-1-10-20190429.pdf
- Amarós Ruiz, E. (1993, diciembre). Aspectos clínicos de las toxicomanías. *Dossier*, 14-16. file:///C:/Users/USER/Downloads/alicia,+1103-5521-1-CE.pdf
- Barrenengoa, P. (2020, noviembre). Adicciones y nuevos síntomas: lecturas de la estrategia toxicómana desde el psicoanálisis. *Perspectivas en psicología*, 17(1), 73-79. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/118911/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Becoña Iglesias, E., & Tomás, M. C. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Bedoya Londoño, L. F., & Orozco Tamayo, L. (2019, mayo). Características del Tratamiento Cognitivo Conductual en Adicción a Sustancias Psicoactivas. *Corporación Universitaria Minuto de Dios*, 60. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/7544/1/UVDTP_Bedoya-Londo-Luisa-Fernanda_2019.pdf
- Berger, A. (2004). En los laberintos del amor: entre el goce de la privación y el goce suplementario. *XI Jornadas de Investigación.*, 14.
- Bernal, H. A. (2009, diciembre). LAS ESTRUCTURAS CLÍNICAS EN EL PSICOANÁLISIS LACANIANO. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, (18), 6. <https://core.ac.uk/download/pdf/268189018.pdf>
- Carranza, M. N., González, M. C., & Pareto, C. (1997). La nostalgia de no Ser. *Revista Cubana de Psicología*, 14(1), 111-113. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v14n1/18.pdf>
- Castillo, J. (2023, mayo 8). Paradojas de la abstinencia. *Conclusiones Analíticas*, 9, 7.
- Dor, J. (1991). *Estructuras clínicas y psicoanálisis* (1st ed.). Amorrortu editores.

- Duarte, A. (2022). Retorno al goce autoerótico: la práctica de la toxicomanía desde el psicoanálisis. 35. file:///C:/Users/USER/Downloads/antonella_duarte_tfg_version_final.pdf
- Esandi, G. (2010, 12 20). *Neurosis Obsesiva*. El sigma. <https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/neurosisobsesiva/12181>
- Freud, S. (1896). Nuevas observaciones sobre las neuro psicosis de defensa. In *Obras completas* (1st ed., Vol. 169, p. 15). Amorrortu.
- Freud, S. (1917). "23 Conferencia: Los caminos de la formación de síntoma". *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Obras Completas*. Amorrortu.
- Freud, S. (2022). *El Malestar en la Cultura* (1era ed.). <https://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/autores/Freud,Sigmund/Freud,Sigmund-Malestar-en-la-cultura,El.pdf>
- Gangli, C. (2020, mayo 21). Función del tóxico en la subjetividad. 16.
- García, F. Y. (2019). Entrevistas preliminares: La existencia de lo inconsciente. *Affectio Societatis*, 16(31), 192-206. file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-EntrevistasPreliminares-8171564(1).pdf
- Gasquet, G., Verger, T., Sacareno, G., Paturlante, E., & Czachurski, V. (2022). Toxicomanía: localización y deslocalización del goce. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 22, 127-132. file:///C:/Users/USER/Downloads/gasquet.pdf
- Gómez, D. T., Carranza, Y., & Ramos, C. A. (2016, diciembre). Revisión documental, una herramienta para el mejoramiento de las competencias de lectura y escritura en estudiantes universitarios. *Revista Chakiñan*, (1), 46-56. file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RevisionDocumentalUnaHerramientaParaElMejoramiento-6294862.pdf
- González Martínez, M. F. (2019). Compulsión de repetición y defensa en la obra freudiana posterior a 1920. Contribuciones para el abordaje de las toxicomanías. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica*

- Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional*, 1, 392-396.
<https://www.aacademica.org/000-111/411.pdf>
- González Guerras, J. (2008). Psicoanálisis y toxicomanía. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 1(4), 21.
- González Salazar, I.D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanía (RET)*, (57), 12-17.
file:///C:/Users/USER/Downloads/Ret57_2.pdf
- Granados, E. E., Cabaña, M. M., & Leiva, M. L. (2013, julio 20). Inicio del tratamiento: posibilidades y obstáculos en pacientes que consumen sustancias tóxicas. *PRAXIS. Revista de Psicología*, (23), 49-67.
- Hernández Delgado, R. (2017). Sociedad e histeria: el síntoma como crítica y subversión. *Teoría y crítica de la psicología*, 9, 274-281.
<file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-SociedadEHisteria-6069490.pdf>
- Hernández Sampieri, R. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). McGraw Hill.
- Lacan, J. (1938). *La Familia* (Vol. VII). A. de Monzie.
- López, S. (2020, octubre 31). Adicción y toxicomanía ¿una cuestión de términos? *Anuario Temas en Psicología*, 5.
- Lutereau, L. (2014). *Histeria y obsesión: Introducción a la clínica de las neurosis* (1st ed.). Letra Viva.
- Martínez, H., Rodríguez, A., & Vincés, G. (2019, agosto). Factores asociados en la adicción y recaída de pacientes con consumo de estupefacientes. *Pharmakon*, 23(93), 82-89.
<https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/148/191>
- Mas, M. F. (2019). Un síntoma de época: La toxicomanía. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. F, 3.
<https://www.aacademica.org/000-111/451.pdf>

- Mazzuca, M. (2018). Las expresiones del síntoma. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 473 - 479. <https://www.aacademica.org/000-122/480.pdf>
- Mazzuca, R., Mazzuca, S. A., Canónico, E., & Excesiva, M. d. I. A. (2008). Las diferencias entre la histeria freudiana y la histeria lacaniana. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur.*, 5. <https://www.aacademica.org/000-032/577.pdf>
- Miller, J.-A., & Laurent, E. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Paidós.
- Miller, J.-A. (2006). *Introducción al método psicoanalítico* (1era ed.). EOLIA-PAIDOS. <file:///C:/Users/USER/Desktop/Psicologia-Clinica/7mo-semestre/psicoterapia-psicoanalitica/Jacques-Alain-Miller-Introduccion-al-Metodo-Psicoanalitico.pdf>
- Miranda, G. (1995). Relaciones sociales y modernidad: Una lectura psicoanalítica. *Perspectivas: revista de trabajo social*, (2), 62-72. <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RelacionesSocialesYModernidad-8537466.pdf>
- Mólica Lourido, M. (2018). Algunas precisiones sobre el fantasma. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*, 502-504. <https://www.aacademica.org/000-122/486>
- Naparstek, F., & Colaboradores. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Grama.
- Naparstek, F., Mazzoni, Y., & Bousoño, N. (2021, noviembre 30). Clínica de las toxicomanías. el lugar del psicoanalista en las instituciones de tratamiento. *Anuario de investigación de la Facultad de Psicología - UBA*, XXVIII, 261-264. [file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Packages/microsoft.windowscommunicationsapps_8wekyb3d8bbwe/LocalState/Files/S0/3/Attachments/Naparstek_Clínica-de-las-toxicomanías\[6583\].pdf](file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Packages/microsoft.windowscommunicationsapps_8wekyb3d8bbwe/LocalState/Files/S0/3/Attachments/Naparstek_Clínica-de-las-toxicomanías[6583].pdf)

- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Consecuencias para la salud según el tipo de droga*. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias#:~:text=Ansiedad,de-sufrir-accidentes-y-traumatismos>
- Padín, L. (2015). Toxicomanías y Psicoanálisis. *Acta Académica*, 1- 6. [file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Packages/microsoft.windowscommunicationsapps_8wekyb3d8bbwe/LocalState/Files/S0/3/Attachments/Lic.Laura-Padín-\(2015\).Toxicomanías-y-Psicoanálisis\[6533\].pdf](file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Packages/microsoft.windowscommunicationsapps_8wekyb3d8bbwe/LocalState/Files/S0/3/Attachments/Lic.Laura-Padín-(2015).Toxicomanías-y-Psicoanálisis[6533].pdf)
- Paragis, P., & Michel Fariña, J. J. (2021, abril 22). La ruptura del lazo al Otro en las toxicomanías: Reflexiones éticas sobre la posición del analista. *Revista universitaria de psicoanálisis*, 21, 9. https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista21/paragis.pdf
- Pereira, T. (2008). Neurobiología de la adicción. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 73(1), 16. http://www.spu.org.uy/revista/ago2009/02_TO_01.pdf
- Ramírez, M. E. (2010, junio 12). La anorexia y la toxicomanía, síntomas de la hipermodernidad. *Affectio Societatis*, (12), 14. <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-LaAnorexiaYLaToxicomaniaSintomasDeLaHipermodernida-3703177.pdf>
- Razón, K. C., Rodríguez, L. M., & León, U. (2017, diciembre). Neurobiología del sistema de recompensa en las conductas adictivas: consumo de alcohol. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi174f.pdf>
- Ribarola, C. (2019, octubre 31). Abordaje del concepto Lacaniano del fantasma. 21. olibril.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/34773/1/tfg_catherine_ribarola_1.pdf
- Ricoy Lorenzo, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação. Revista do Centro de Educação*, 31(1), 11-22. <https://www.redalyc.org/pdf/1171/117117257002.pdf>
- Salman, S. (2010, abril). La histeria entre el amor, el deseo y el goce. *Consecuencias, Revista digital de psicoanálisis, arte y pensamiento*, (4).

<https://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/004/template.php?file=arts/dossier/salman.html>

Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación*. Interamericana Editores.

Sánchez-Hervás, E., Molina Bou, N., Del Olmo Guerra, R., Tomás Gradolí, V., & Morales Gallús, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos adictivos*, 3(4), 237-243.
file:///C:/Users/USER/Downloads/13021690(2).pdf

Soria, N. (2019). Síntomas del discurso capitalista. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia.*, 5. <https://www.aacademica.org/000-111/517.pdf>

UNODC. (2023). *El Informe Mundial sobre las Drogas 2023 de UNODC advierte sobre crisis convergentes a medida que los mercados de drogas ilícitas siguen expandiéndose*. Naciones Unidas.
<https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2023/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2023-de-unodc-advierte-sobre-crisis-convergentes-a-medida-que-los-mercados-de-drogas-ilicitas-siguen-expandindose.html>

UNODC/OMS. (2010). *Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia*.
https://www.unodc.org/docs/treatment/unodc_who_programme_brochure_spanish.pdf

Yesid García, F. (2019, Julio-diciembre). Entrevistas preliminares: la existencia de lo inconsciente. *Affectio Societatis*, 16(31), 192-206.
file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-EntrevistasPreliminares-8171564(5).pdf

ANEXOS

Entrevista a profesionales

Entrevista: Psi. Cl. Miguel De la Rosa

¿Cuál sería la definición de la recaída desde su experiencia con pacientes toxicómanos?

Voy a tomar algo teórico, que me parece que me orientaría para poder definir la recaída, me parece que es un término médico que podemos como tomarnos y darle otra lectura. Yo me oriento mucho por el término manía del consumo, ya que me parece que lo han trabajado mucho autores como Ernesto Sinatra, Salamone, Laurent en el prólogo justamente del silencio de las drogas tiene una manera muy llamativa de hablar de la manía del consumo, haciendo una referencia que es como un círculo infernal, como haciendo está referencia a la Divina Comedia de la cual el sujeto no puede salir fácilmente y del cual además se convierte como en la causa de todos sus problemas a nivel de la conciencia, entonces orientándome, por eso me parece que la recaída es como esta situación, en donde el sujeto quedó como muy pegado al goce del consumo. Al punto de que no logró salir realmente porque creo que hay algo que no pasó por el tiempo de comprender en relación a la función o lo que aquello que está taponando su consumo o su partenaire droga ya entonces me parece que eso podría como orientarnos. Me parece que, pensando un poco en la clínica, creo que, en algunos sujetos, justamente cuando empiezan a tomar una distancia digamos del consumo, hay ciertas manifestaciones como el inconsciente que pueden crearse ya que puede digamos su propio psiquismo crear que habla de su vínculo con el objeto droga o consumo, que me parece que allí si hay una decisión que no necesariamente pasa por la conciencia de volver a esa relación con la droga porque es casi como un matrimonio.

¿Qué función cree que desempeña el goce frente a la recaída de pacientes neuróticos toxicómanos?

En la toxicomanía digamos, se estuvo estudiando mucho en el TYA que es el departamento de toxicomanías y alcoholismo que hay en Argentina, que está adherido a la escuela de orientación en Lacaniana que hay una especificidad muy puntual en relación al goce del toxicómano y se dice que es un goce cínico. Ya me parece que es una propuesta que en algún momento Laurent logró como ir a, instalando y se quedaron trabajando en el departamento. entonces el goce cínico es justamente ese goce que está alejado del Otro, es como el goce auto erótico del que hablaba en algún punto Freud en relación a el ensayo de la sexualidad infantil, pero tiene un plus, porque tiene un plus de goce, porque el goce cínico implica que está instalada la relación con el Otro, pero el consumo hace quebrantar esa relación con el Otro al punto de que uno puede pensar que este sujeto toxicómano es descreído del Otro, que el Otro no oferta una garantía diferente, por ejemplo, en el autismo en donde no hay garantía porque no hay Otro, nos oferta una garantía al punto que justamente la droga se convierte en un partenaire que los aleja de cualquier tipo de malentendido. Hay una cuestión muy interesante que Ernesto Sinatra estuvo abordando en su texto de adicciones ya que era justamente la función del objeto droga, pero en ese apartado de ese capítulo en que habla de eso cita Miller diciendo que la adicción es no es una adición, porque las experiencias de consumo no se suman para el sujeto sino que se convierte en una adicción justamente porque el goce que está de por medio es tan grande que empuja al sujeto no a una repetición sino a una iteración una y otra vez una y otra vez lo mismo entonces es paradójico decir que qué función desempeña el goce porque esta vertiente en gozo no tiene ninguna función. Tiene como una vertiente inútil, el tóxico desempeña digamos algunas funciones de repente según el sujeto, pero lo curioso es que el goce en esta vertiente tiene una vertiente inútil, porque es una vertiente de inútil porque es auto erótico porque sin el Otro ya y es un auto erotismo que no tiene que ver con el narcisismo primario porque hay Otro, sino que es para no verse justamente con el Otro digamos y con todos los avatares y desencuentros que tiene que se presentan en la relación con el otro, pero este si lo ponemos así

es un goce cínico sin el Otro no tiene ninguna función puntual, lo que sí tiene una función es la representación del tóxico para el sujeto

¿Considera que los sujetos con estructuras neuróticas tienen mayor tendencia a recaer? ¿Por qué?

No estoy seguro, en si podemos hacer una clasificación y me parece que es una de las advertencias que Salomone en su texto de alcohol tabaco y otros vicios, dice como muy puntualmente, no hacemos a los toxicómanos una clase porque si no nos daría un tratamiento tipo que en realidad nos haría como prescindir de su historia personal y de los modos en los que se las ha arreglado con el otro particularmente a veces con las relaciones amorosas de todo tipo, entonces si tienen mayor tendencia a recaer o no, no podría afirmarlo con certeza, pero podría pensar por ejemplo, en dos casos muy puntuales, uno un sujeto psicótico y otro un sujeto neurótico que en algún momento atendí; en el en el sujeto psicótico, que ya llevaba un tiempo de tratamiento largo y que diría que no fue por el cómo diríamos el consumo, se presentaba a veces como una suplencia que hacía de freno o de inhibición a ciertos pensamientos paranoides que venían en relación con familiares. eso lo apaciguaba, eso le permitía trabajar, le permitía a veces tener cierto vínculo con este que representaba un otro un poco persecutorio, pero había un punto en el tratamiento en el que él digamos, había descubierto cierta función en esto y había perdido como como cierta relevancia, el consumo y hay un momento en que sucede una contingencia en donde él se enfrenta su soledad y lo que puede recurrir es al consumo excesivo, en donde termina muy enfermo, termina tomando también pastillas psiquiátricas, que yo digamos a nivel de mi práctica lo leí como un acting ya que me convocaba a interpretar algo de su soledad, no volvió a pasar digamos porque las coordenadas yo las llevé al control y pude ver mi lugar en la transferencia que me parece que era como casi una especie de suplencia, yo mismo anudaba desde lo que representaba a este sujeto y estaba este otro que siempre tenían la idea de dejar de consumir, Cannabis, pero que cada que se enfrentaba a alguna demanda que él leía muy particularmente de su esposa este volvía el consumo digamos porque había una cosa local. Él no solo no quería sino no podía

enfrentarse en relación a las demandas amorosas que le hacía su mujer, entonces no era una recaída que lo dejaba completamente intoxicado, pero venía la culpa porque había gozado digamos en ese en ese punto de la droga. Entonces tengo como estos dos ejemplos en donde me parece que podemos distinguir muy particularmente la función que cumplía digamos el tóxico y que digamos casi que empujo un poco maníacamente a ambos sujetos a consumir en esos momentos.

¿Cuáles son los desencadenantes se contribuyen en un paciente neurótico toxicómano a retornar a retornar al deseo de consumir?

Yo pienso que un poco de clínica en lo que he observado hay mucho en relación al tema del amor. El tema del amor en la época es complicado porque hay un cierto cinismo también de la época en relación a privilegiar cierto goce en lugar digamos del amor, porque el amor implica también a veces como algunos desencuentros, implica tener una lectura del deseo del Otro implica que de repente uno ama pero no está seguro si el otro en esa medida y que representa y he escuchado mucho de eso en los en los sujetos neuróticos justamente Salomone tiene un apartado en alcohol tabacos y otros vicios en donde habla de los alcohólicos con dos puntuaciones en la época antes el alcohólico era como el alcohólico melancólico que generalmente bebía por despecho no es que no pase en la época, pero ahora está el alcohólico cínico que en cambio no creen el amor, que ya no quiere más esto, que ya todo se acabó y eso lo ha escuchado mucho. Ya tenía justamente un sujeto que no acude tampoco por el tema del consumo, pero en algún momento aparece el tema del consumo del alcohol y que cada que tenía un desencuentro con su mujer que era muy fuerte que terminaban que él o ella se vayan de la casa o en alguna cuestión física este recorría el alcohol justamente para decir es que ya no hay más mujeres para mí, alguna frase que siempre tenía que ver con esta cuestión como de sí mismo, no diría que es el único, pero es el que más me he encontrado en nivel de la clínica otro que recuerdo mucho es de un hombre de unos 65 años que en un momento logra llegar como a la cúspide del éxito en relación a su negocio una cosa que había trabajado durante más de 30 años muy propia y tiene que jubilarse y de repente empieza a hacer

como una memoria de que se ha concentrado mucho en el trabajo estos años y ¿qué viene ahora? entonces para él el alcohol que no era no era excesivo empieza a tener una función de empezar como mejor no pensar de eso, entonces era curioso, lo trabajaba en la sesión, pero cuando estaba por fuera que aparecía cierta angustia, era mejor con el alcohol, no pensar en eso en lo que venía después de la jubilación, entonces eso me parece que uno le pone como mucha pulsión también a la profesión algo me parece que algo del fracaso, lo decía Freud lo que a veces fracasan al triunfar o las expectativas que no se cumplen también pueden ser parte de los desencadenantes.

¿Las intervenciones clínicas en un paciente toxicómano recaída, son diferentes a las de un paciente toxicómano?

No estoy muy seguro, Porque me parece que allí haríamos como una clase del paciente toxicómano o el recaído o que va por primera vez a una internación o a un tratamiento este, pero sí pienso que es muy diferente, digamos pensar en un sujeto que de repente ha tenido algunas internaciones y que de repente tiene un cálculo de lo que puede venir en una institución, justamente porque ya de una forma a veces canallesca que es otro concepto que de hecho le han dado a la vertiente del goce toxicómano, este como que se la sabe todas ya a un paciente que de repente no ha encontrado ninguna función en ser atendido. Entonces está como en esa vertiente clínica parece que esto no necesariamente tiene alguna utilidad, en ambos casos, me parece que lo que hay es una dificultad para acceder al inconsciente del sujeto, a su vertiente de sujeto como tal, porque una cosa es que puedan ser pacientes para la institución y otra cosa es que esa persona que está allí, haya encontrado con algo problemático de su sufrimiento etcétera y hay alguna apertura del inconsciente que es lo que habla Miller, entonces me parece que más bien la estrategia va a ser diferente en captarse ese paciente tiene alguna apertura del tratamiento tiene alguna demanda o no. Porque justamente uno como practicante de la psicología o el psicoanálisis, lo que siempre tiene que pensar es en la estrategia en cómo hacer par con ese sujeto, leer si tiene alguna demanda o no, leer si yo represento algo para este sujeto o no, independiente de su situación, pero si estamos hablando en el campo de la

toxicomanía, si crea algo en el otro, espera algo del otro, tiene algún agujero en el saber que implicaría justamente pues salir de esa posición cínica o canallesca, o en un momento tengo que acompañarlo digamos en ver si le puedo hacer alguna intervención que le muestre, digamos que hay otro camino aparte de lo que parece que tiene solidificada mediante la conciencia, Salamone dice que con el toxicómano que no tiene ninguna demanda uno tiene que hacer como una oferta y eso yo lo he visto como en la clínica, porque a ratos puede haber algunos, en mi experiencia los que han sido llevados, recuerdo un adolescente que para la madre había sido terrible fumar y cuando él llega él dice que eso no es el problema, sino que había estado muy deprimido y que el cada que hablaba del tema, en la familia había un cierre de no, tienes que seguir es lo que tienes que concentrarte en los estudios, etcétera ya entonces lo que pudimos ver en la sesión era justamente que eso era un activo él estaba dispuesto a hablar de lo que pasaba que el problema no era el consumo, pero en cambio recuerdo otro, que había sido llevado por la novia que para él no era un problema para nada porque una persona que se dedicaba a hacer reservaciones en discotecas, entonces él decía que eso era parte de su trabajo, pero llegaba muy ebrio a la casa tenía muchas dificultades con la novia y ese fue un paciente que una y otra vez como recaía en esto se lo podemos decir no podía salir de esto y no aparecía para él la idea de pensar que siquiera eso era una problemática entonces para mí tuvo que ser todo un trabajo de cómo ir bordeando que otras cosas si eran para él digamos un problema que otras cosas sí lo preocupaba, es como ir por los bordes. Si no hay demanda, si no hay una creencia en el otro que a veces igual se está construyendo en la neurosis, como la creencia del Supuesto al Saber no es automática, hay que ir por los bordes.

¿Cuáles son las técnicas que más emplean el tratamiento de un paciente toxicómano recaído?

Esto es muy interesante porque por ejemplo Lacan dice que la técnica es la interpretación y justo leía hace poco bueno, releía un texto de Jorge Chamorro que decía que la técnica de la interpretación pues en la interpretación por puntuación, por corte, por homofonía, que en las primeras entrevistas de lo

que se trata es con alguna interpretación/intervención intentar como desplazar el tema hacia algo más íntimo y realmente eso hay que trabajarlo mucho con los pacientes. Bueno, porque como está mucho goce como encastrado en relación al consumo, podrían quedarse muy fijos en querer contar o estar empujados por contar cada una de sus anécdotas en las cuales está envuelto el consumo, me parece que la intervención justamente es una alguna puntuación pueda como desplazar el tema hacia algo íntimo y no siempre se logra digamos porque ahí viene otro tema que va en dirección de la cura, uno es libre, interpretar todo lo que uno quiera, pero la intervención tiene que ser pensada con la estrategia y tiene que ver con la transferencia, entonces ahí tiene que calcular mucho, por ejemplo a nivel de la institución que el lugar tienen realmente los psicólogos para los pacientes, luego particularmente para ese paciente. sí me supone algo, si yo tengo algún lugar que me permita digamos como ir maniobrando, por ejemplo, uno tiene que jugar mucho como con el semblante y eso es como pensarlo con cada paciente. Entonces esas son cosas que yo he ido aplicando para ver si hay una apertura y me parece que también son cosas que se han afinado con el control del caso, si no me parece que uno se queda como una vía delirante de creer que la cosa está marchando, entonces me parece que las intervenciones están ahí digamos interpretación, pero pensados a nivel de la transferencia y repensadas en el control.

¿La recaída de los pacientes toxicómanos surge por una mala intervención clínica o depende totalmente del sujeto?

Creo que son como dos temas que tenemos que ver como enlazar, porque justamente en algún momento Lacan cuando habla de la psicosis en el seminario dice que un sujeto se puede desencadenar por el análisis, ahí está muy bien lo que tú estás diciendo las intervenciones que de repente de manera muy salvaje o mal calculadas hacen que el paciente cometa un acting out, a veces están dirigidos a uno como practicante y que hay que saber leerlos. Me parece que hay un entre siempre entre la intervención y la decisión del sujeto que a veces parece una decisión insondable porque no se ha pasado por comprender qué ocurrió allí ya, pero sin duda, por ejemplo, si en

un tratamiento el sujeto no logra dar con la función que tiene el tóxico en su vida, que es algo de lo que hace rato, te decía que Sinatra decía que es como despejar una equis, como cuando uno está con una ecuación y tiene todo el problema de un lado y otro tiene una X, la X la que hay que despejar porque es la causal de las distintas cuestiones que están ahí planteadas en el problema, si el sujeto no logra dar con eso, no va a saber qué hacer cuando esto vuelva a presentarse digamos porque está como un incógnita, entonces ahí sí, me parece que lejos de, por ejemplo, mejorar si solamente las conductas o planear metas de trabajo, etcétera, que a veces son necesarias porque hay pacientes que de repente sí, necesitan una internación y también si el paciente se decide internar, creo que es una decisión completamente bien pensada o necesita un fármaco o necesita contrarrestar el efecto de abstinencia, totalmente bien pensada, pero el tratamiento tiene que apuntar a que el sujeto pueda saber algo de lo que le pasa, puede ser algo de lo que se sufra digamos porque así como lo decía hace un momento el consumo viene una y otra vez justamente porque el punto de real el punto de desencuentro con el otro aparece una y otra vez entonces el sujeto logra no querer saber con eso, una vez que consumen entonces la intervención puede no estar bien en tratamiento, pero igual hay un entre porque hay paciente que de repente quedan bien identificados con algo de lo que promueve algún tipo de tratamiento y me parece que eso hace como de velo, no vérselas con esa con ese horroroso hay un entre siempre la responsabilidad del psicoanálisis, es poder pensar uno en el acto no es decir en la intervención que hace la cuestión justamente Lacan menciona que a veces uno tiene un horror al acto, entonces prefiere no acordarse de lo que hizo intervino y la otra postura a veces es también sobrecargarse de la responsabilidad del paciente que cuando, justamente hay una responsabilidad en la interpretación y en lo que hace con la intervención.

Entrevista: Psicólogo Clínico Javier Rodríguez

¿Cuál sería la definición de la recaída desde su experiencia con pacientes toxicómanos?

En el término de la recaída, “niederkomen” la caída es un significante muy especial vinculado directamente al pasaje al acto, al lugar de objeto que el fantasma recubre y que en esos momentos se devuelve sí, entonces la palabra caída “niederkomen” está estrictamente ligada a la clínica psicoanalítica y es muy importante poder al menos establecer las relaciones entre en el lugar del objeto a que puede llegar a tener el toxicómano como también en el lugar del flagelo social, que es el toxicómano en la cultura tiene un lugar del objeto a tiene lugar de residuo tiene lugar del consumo de sí mismo ahora estrictamente hablando yo lo relacionaría con la literacia de la repetición del goce, la toxicomanía se lo puede leer de muchas maneras, pero hay una repetición del goce que se pone en juego las recaídas y que estrictamente hablando está vinculado con que ese goce el goce de la toxicomanía no se puede inscribir.

¿Qué función cree que desempeña el goce frente a la recaída de pacientes neuróticos toxicómanos?

El goce de la toxicomanía, es un goce que está fuera de la lógica fálica. Es un goce todo, o sea, rebasa los márgenes de la función fálica. Entonces es un problema complicado ver cómo se reconduce algo del goce, yo lo pienso más como una redistribución de una economía libidinal. Pero en primera instancia es un goce que rebasa la lógica fálica la inscripción del falo, por lo tanto, la castración y por lo tanto la negativización del objeto a y que se presenta como total, eso es fundamental pensarlo en una clínica con pacientes neuróticos donde si hay inscripción del falo, donde si hay nombre del padre, pero que qué función tiene ahí la toxicomanía que rebasa los márgenes.

En el seminario 19 y 20 cuando introduce el tema de la escritura para justamente dar cuenta del goce y la repetición al infinito, bueno, introduce los esquemas tanto de Cantor como de Fregge, para explicar lo infinito. Lo infinito

del goce el gozo es infinito, es algo que plantea un infinito y es el plus, el goce no tiene fin porque no se inscribe sí, entonces es algo que no cesa de no inscribirse, por lo tanto, se repite justamente se repite porque no se inscribe y aparece como un intento, una recapturación de recaptación y falla da cuenta de la inexistencia desde allí donde lo formula Lacan

también y se lo puede pensar de otras maneras como desde el texto narcosis del deseo y ellos lo piensa en términos un poco más fluviales, en las cuales la toxicomanía y produce algo que se puede encontrar en Freud en el textos metas psicológicos 1915 como ya puede ser del inconsciente, puede ser los temas de la pulsión, la represión que hay situaciones, por ejemplo las dolencias orgánicas, cuando duele un órgano Freud dice qué es lo que sucede. Bueno, el órgano queda investido catetizado y hay un empobrecimiento del mundo y a esos Freud lo llama un pseudo recorrido pulsional. entonces ya desde ahí podemos leer a la toxicomanía de algunas maneras, como algo que hace un pseudo recorrido pulsional establece una relación totalmente diferente con el cuerpo, porque justamente el producir este pseudo recorrido funcional lo que se va a poner en juego, es un cuerpo que no está o al menos que se intenta que no esté atravesado por los goces de la castración, es decir la libido pero esos esos goces al final al momento en el cual aparece la castración la metáfora paterna se anudan con la negativización y aparecen como menos a son objetos que no son finalmente los objetos absolutos del deseo ni del goce y por lo tanto produce la repetición y por lo tanto produce lo que usted conoce como metonimia.

¿Considera que los sujetos con estructuras neurótica tienen mayor tendencia a recaer? ¿Por qué?

No, me parece que eso es eso es indistinto, no, no me parece que al menos yo pueda tejer una universal de eso hay pacientes y pacientes no, he pensado en una relación estadística, digamos, siempre neuróticos psicóticos y perversos en relación a los tóxicos he trabajado con las tres estructuras y con las tres estructuras de trabajo toxicomanía y tienen funciones absolutamente distintas en el campo de las funciones. Si podemos se puede discutir y

después se podría discutir en la singularidad del goce de esas personas en específico, pero no en términos al menos estadísticos de la reincidencia.

¿Cuáles son los desencadenantes que contribuyen en un paciente neurótico toxicómano a retornar al deseo de consumir?

Lo más lo más evidente es la literacia del síntoma el goce, justamente allí es donde se hace evidente la pulsión lo que pulsa lo que insiste y que no puede ser tramitado en ninguna otra manera que no sea en casos a través del tóxico con todas incidencias que eso conlleva como digo que no es poco pensar de que hay una ortopedia del cuerpo y que lo que se está rechazando. Ahí es la función fálica el goce que propone la función fálica, que es un goce bastante recortado y normativizado son goces, uno es un goce bajo la castración, en el mejor de los casos sería el goce de un hombre por una mujer de una mujer por un hombre con los productos famosos podría ser un hijo y cuestiones inscritas en la cultura, es decir las satisfacciones pulsionales no directas. En cambio, el tóxico son la satisfacción funcional es una satisfacción personal directa sin ningún tipo de mediación simbólica que apunta directamente a travesar los ante pórticos de la subjetividad para acceder a un goce absoluto, eso se accede un instante después reaparece la dimensión del cuerpo el dolor la culpa.

¿Las intervenciones clínicas en un paciente toxicómano recaído son diferentes a las de un paciente toxicómano?

Sí, depende eso también es como depende, digamos, depende cómo llega el paciente. Habría que ver si está en una repetición absoluta, una repetición que no admite ningún corte ninguna intervención, entonces ahí habría que ver ¿qué hacer? ahí bueno se puede convocar a la familia, se puede hacer en intervención de campo institucional también en las instituciones psiquiátricas como modo de tratamiento depende, es un paciente como digo que está conducido directamente a una repetición que lo va a llevar estrictamente a la muerte, donde la muerte es muy próxima allí se puede poner en juego.

¿Cuáles son las técnicas que más emplea en el tratamiento de un paciente toxicómano recaído?

Como formas de recortar obviamente la repetición, se podría aplicar una demanda familiar, se puede convocar a la familia se problematiza el asunto, o se puede hacer intervenir una institución psiquiátrica que permita un recorte del goce al menos en sentido y por lo tanto bueno entran en un tratamiento institucional como tratamiento al goce justamente, después de eso ver si se restituye algo del “yo digo” puede restituir algo, porque la adicción es justamente eso no poder decir nada quedar sin palabras adicto sin dicho entonces algo de la institución puede producir ese corte un vacío que permita el mejor de los casos dar cuenta de qué es lo que gatilla el desencadenamiento de la repetición compulsiva en ese momento y también ver con el paciente, qué es lo que puede hacer de límite.

¿La recaída en los pacientes toxicómanos surge por una mala intervención clínica o depende totalmente del sujeto?

Bien, puede ser el producto de una mala intervención por supuesto esto es una paradoja, no muy amable en algunos momentos para los psicoanalistas porque justamente, el modo de comprobación o de verificación que efectivamente hay un análisis o hay una posibilidad de análisis, que es cuando una intervención produce tres cosas lo dice Freud a propósito en el nombre de las ratas, me parece. primero cuando la intervención produce más asociaciones, la segunda comprobación es cuando la intervención produce un sueño y en una tercera modo de comprobar la intervención es a través de la acción terapéutica negativa implica la desestabilización del paciente las repeticiones compulsivas, eso comprueba que se tocó donde había que tocar ahora hay consecuencias.

Sí, hay consecuencias, un análisis implica analizar y lo terapéutico viene secundariamente, pero en primera instancia el análisis analiza, analio tiene lisis viene del griego cortar. desamarrar, porque la conciencia tiene el trabajo de hacer la síntesis. Aun así, hay pacientes y pacientes hay pacientes a los cuales puede haber un neurótico muy grave y uno tiene que poder hacer un

cálculo, si lo mejor es analizar o no analizar o sostenerlo en una terapéutica infinita y poder ver eso y poder juzgarlo si se interviene o no, sobre esto estos propios trabajos que pueda hacer un neurótico también, entonces sí, hay que poder juzgarlo es parte del psicoanalista es poder juzgar donde se toca y dónde no se toca porque puede producir estas repeticiones donde no hay posibilidad de elaboración, no hay ninguna posibilidad de elaboración. Estamos hablando de que directamente partiendo confrontar a un paciente con la dimensión de la muerte.

Entrevista: Psi. Cl. Rodolfo Rojas, Mgs.

¿Cuál sería la definición de la recaída desde su experiencia con pacientes toxicómanos?

Recaída es cuando una persona vuelve a un bucle de consumo, es decir, vuelve a consumir y no es capaz de parar solo.

¿Qué función cree que desempeña el goce frente a la recaída de pacientes neuróticos toxicómanos?

Hay toxicómanos porque hay goce, hay varios estudios que demuestran como la incidencia de la parte "química" del consumo, en un componente menos importante que los problemas psíquicos que llevan a la repetición. El goce es repetición, es una de sus caras. El goce en sus vertientes de auto sabotearse, de pulsión de muerte, así como en la repetición, son las formas en la toxicomanía.

¿Considera que los sujetos con estructura neurótica tienen mayor tendencia a recaer? ¿Por qué?

No creo que una estructura esté más dispuesta al consumo que otra, más bien va a depender de la historia de cada sujeto, las herramientas simbólicas y subjetivas que pudiera tener o desarrollar para no caer o dejar el consumo.

¿Cuáles son los desencadenantes que contribuyen en un paciente neurótico toxicómano a retornar al deseo de consumir?

En mi clínica y en la casuística uno puede ver que una de las variables más prevalentes, es el de un problema no resuelto, que muchas veces el sujeto no lo tiene visto como un problema, y del cual el toxicómano busca huir con el

consumo. Si el problema subyacente, el conflicto psíquico no ha sido resuelto, va a haber recaída.

¿Las intervenciones clínicas en un paciente toxicómano recaído son diferentes a las de un paciente toxicómano?

No, se trata de avanzar hacia la resolución del conflicto psíquico.

¿Cuáles son las técnicas que más emplea en el tratamiento de un paciente adicto recaído?

Más que técnicas, lo que, si hay que tener en cuenta, es que no se puede utilizar el mismo encuadre, ni siquiera en pacientes no consumidores. Por lo general, los pacientes con problemas de consumo van a requerir más espacio de atención en sesiones más largas (no siempre) y más seguidas, pero el algo a lo que debemos estar atentos con cada paciente en realidad, aunque de ello no se hable mucho.

¿La recaída en los pacientes toxicómanos surge por una mala intervención clínica o depende totalmente del sujeto?

Pueden ocurrir ambas situaciones. En psicoanálisis una de las premisas que más me gusta destacar es no quitar responsabilidad al sujeto, que no es lo mismo que culpa, nunca culpar, pero “siempre” darle la debida responsabilidad al sujeto, esto aplica para el paciente, pero también para el analista.

Entrevista: Psi. Cl. Jeannette Pita

¿Cuál sería la definición de la recaída desde su experiencia con pacientes toxicómanos?

Una recaída es cuando una persona retoma el consumo de sustancias psicoactivas después de haber cumplido con un tiempo significativo de abstinencia o después de haber cumplido con un tratamiento con el fin de dejarlas de consumir definitivamente.

¿Qué función cree que desempeña el goce frente a la recaída de pacientes neuróticos toxicómanos?

El sujeto toxicómano quiere huir de la castración, no hay tolerancia al molestar que es propio de la vida. De esta manera, hace de su consumo un goce desregulado, no necesita de un otro para gozar, solo necesita de la sustancia y él mismo. Se convierte en otra persona bajo los efectos de la droga y se

enganchan a esa realidad propia. Considero que el goce puede desempeñar la función tanto de exceso de placer como de displacer; hay sujetos que simplemente se enamoran de ellos mismos bajos los efectos de la droga y les gusta sentirse así, gozan nuevamente del placer que esto les genera. Por otro lado, está el otro polo del goce que es el exceso de displacer, hay sujetos que lo experimentan tras una recaída, ya que hay un deseo de cambio, pero a pesar de ello recaen y en consumo experimentan la frustración y el malestar de la recaída.

¿Considera que los sujetos con estructura neurótica tienen mayor tendencia a recaer? ¿Por qué?

La función de la droga en el psicótico es diferente a la del neurótico, muchas veces el consumo de sustancias tiene la función de aplacar los fenómenos elementales, en terapia hay que lograr que haga otra invención psicótica que no sea el consumo. Para el neurótico también se trabaja para que haga otro modo de anudarse que no sea tan nocivo como el consumo porque esto lo lleva a una muerte lenta. Desde mi experiencia, un sujeto psicótico tiene mayor tendencia a la recaída porque, por lo general, hay poca implicación al tratamiento y solo lo cumplen porque alguien lo está llevando.

¿Cuáles son los desencadenantes que contribuyen en un paciente neurótico toxicómano a retornar al deseo de consumir?

Los desencadenantes son diferentes dependiendo del sujeto y de su historia. Desde mi experiencia, la presión social y el frecuentar lugares y amistades de consumo pueden desencadenan una recaída. En ocasiones, comienzan por consumir alcohol que es la droga socialmente aceptada y común para luego volver a consumir la droga sola que solían usar antes del tratamiento.

¿Las intervenciones clínicas en un paciente toxicómano recaído son diferentes a las de un paciente toxicómano?

Sí, las intervenciones son más específicas. Los pacientes recaídos tienen un tratamiento anterior, en el cual han podido trabajar su historia personal, origen del consumo, efectos de la sustancia en el cuerpo, consecuencias, entre otros. Cuando se trabaja con pacientes recaídos, se examina las causas específicas y los problemas que han contribuido a la recaída y se refuerzan aspectos del tratamiento pasado que se crea necesario.

¿Cuáles son las técnicas que más emplea en el tratamiento de un paciente adicto recaído?

En primera instancia, se realiza una evaluación de la recaída identificando los desencadenantes que la propiciaron, se realiza un plan de tratamiento con el objetivo que el paciente pueda reconocer y lidiar con factores de riesgo que se puedan presentar en contextos de su vida cotidiana, en el tratamiento también es importante identificar los factores de protección para que acuda a ellos en momentos de riesgos.

¿La recaída en los pacientes toxicómanos surge por una mala intervención clínica o depende totalmente del sujeto?

Depende, puede ser una mala intervención clínica cuando el terapeuta no trabaja los aspectos necesarios del caso y depende totalmente del sujeto cuando no hay deseo de cambio. Si bien es cierto el paciente puede estar con el mejor psicólogo, pero si no tiene el deseo ni motivación no va a haber ningún cambio.

Entrevista: Psi. Joao Cedeño

¿Cuál sería la definición de la recaída desde su experiencia con pacientes toxicómanos?

La recaída está en el momento que una persona vive un proceso y que su objetivo del proceso es una abstinencia prolongada al consumo de drogas, retoma el consumo. Podemos utilizar tal vez un término de vuelve a hacer uso de drogas, tiene una reincidencia en el consumo o como se lo conoce normalmente es una recaída en el consumo, para definir bien, que es una recaída esta persona tiene que tener una abstinencia total de tal de cualquier alterador del estado de ánimo o de la conducta a la cual él busca cambiar entonces una vez que logra este cambio o que logra está abstinencia, vuelve a tener un uso o vuelve a ser una reincidencia estamos hablando de una recaída, ya sea en mínimo o en máximo el punto es que una vez que hay este corte de la abstinencia, estamos hablando de una recaída.

¿Qué función cree que desempeña el goce frente a la requerida de pacientes neuróticos toxicómanos?

Tal vez este placer que le influye la conducta que están haciendo, o sea esta recompensa apremiante que me da, tal vez el primer consumo de cocaína justamente esta recompensa premiante que me hace olvidar de todo lo caótico que se vive o cuando hablamos tal vez de algún tipo de juego patológico está recompensa que me brinda este primer juego, justamente es eso es esa búsqueda de ese placer inmenso que me que inunda como individuo cuando hago uso de.

¿Considera que los sujetos con estructuras neuróticas tienen mayor tendencia a recaer? ¿Por qué?

Considero que todos por igual tienen la misma tendencia de recaer, porque la verdad es que esta cuestión cuando ya se está en una adicción ya supera cualquier tipo de voluntad conciencia o tendencia que tenga el individuo, entonces todos tienen el mismo porcentaje de recaer, cualquiera que sea su estructura.

¿Cuáles son los desencadenantes que contribuyen en un paciente neurótico tóxico bueno para retornar al deseo de consumir?

Depende de la individualidad de cada caso, tal vez pueden ser factores a nivel familiar, de estructura, dinámica, tal vez sea simplemente la búsqueda de placer del propio individuo, otro también que influye es en cuanto la poca adherencia que puede tener el individuo al tratamiento, justamente esta resistencia que aún tiene de si realmente vale la pena dejar el consumo o dejar la conducta premiante porque en este momento paso por una crisis y la verdad esa conducta le generaba placer, pueden ser muchos factores en cada caso.

¿Las intervenciones clínicas de un paciente toxicómano recaído son diferentes a las de un paciente toxicómano?

Sí, no a grandes rasgos, la estructura terapéutica por lo general sigue casi el mismo patrón pero cada recaída viene con cosas nuevas y eso va a ser de que se adapte el proceso en cuanto a lo que vamos descubriendo o lo que él mismo va identificando como que bueno la vez pasada no me recaí por esto, esta vez me recaí por esto nuevo entonces sí cada caso, cada recaída, cada abordaje viene con cosas nuevas desde lo mismo desde lo familiar y desde lo individual propiamente de él desde las experiencias de vida, desde la conciencia que se tiene es más incluso a medida he visto por pacientes que a medida que hay un buen proceso y terminas haciendo una un una reincidencia en el consumo ayuda a que tengas esta conciencia de verdad es como que bueno, pasaste este escarmiento por tener alguna palabra que usar este escarmiento y te diste cuenta que sabes que la verdad es que ya esta vez no me funciona así vamos intentando una nueva manera.

¿Cuáles son las técnicas que más emplean el tratamiento de un paciente toxicómano recaído?

Por lo general de las que más empleo es: uno utilización de redes de apoyo centrar mucho al paciente que solo no puede que necesita tener personas ubicadas estratégicamente que le van a ayudar a mantenerse limpio, ya sea como grupos de apoyo como una red de apoyo familiar con el mismo contacto terapéutico. Otra de las técnicas que utilizo bastante es en cuanto al manejo de tolerancia a la frustración que la que la aprenden una primera instancia a tolerar su misma frustración por el solo hecho, ejemplo a un paciente con toxicómano propiamente a vivir su vida sin drogas, o sea, cuando ya es un drogodependiente vivir sin drogas, se traduce a un sufrimiento y este sufrimiento en una primera instancia, él tiene que aprender a vivir con esta frustración y generar una tolerancia. Otra de las técnicas que utilizó bastante es en cuanto a la técnica de la radio encendida justamente a que ellos aprendan a vivir con esta cuestión constante que los induce a bueno, sabes que sí, continuamos el consumo y si ahora los problemas ya están solucionados tal vez podemos controlar el consumo, porque siempre

aparecen son como que estas creencias nucleares, que los arrastran de nuevo al consumo que aprendan como una radio que está sonando ahí y que tal vez yo soy el que decido cuánta atención le prestó y cuánta atención le quito, pero eso va a estar ahí. Esta otra cuestión de estos sentimientos de ambivalencia que se presentan a diario, él será que tome una buena decisión al dejar de consumir o no, justamente va enlazado con la cuestión de la radio encendida. Otra de las técnicas que utilizo bastante es la aceptación radical cuando surge un pensamiento que ya se ha identificado como algo que me puede llevar a una recaída busco algo contrapuesto a esto y lo acepto de manera radical, porque cuando surgen estas cuestiones, necesito ser también radical en mi decisión de no voy a volver a consumir pase lo que pase entonces en una primera instancia son esas. Otra de las que utilizó bastante es tener itinerarios, o sea, comenzar a poner orden en la vida de cada uno con itinerarios de actividades de cuestiones. Ejemplo, cuando trabajo con pacientes que son dependientes a la marihuana algo que se ve mucho en ellos es esta cuestión de la motivación, o sea a lo que dejan de consumir marihuana su motivación y su placer desaparecen cierto tiempo, entonces es importante tener una estructura en cuanto itinerarios que me ayuden a buscar de nuevo este placer similar a la activación conductual que se utiliza en la depresión, donde selecciono ciertas actividades estratégicas que van haciendo que salga de una depresión hacia una motivación de la misma manera acá. Otra técnica que utilizó bastante es en cuanto a tener registro y cuestionamiento de mis propios pensamientos, pero son como técnicas que puedo utilizar posterior a, ejemplo tal vez en algún paciente a priori, lo primero que le recomendaría utilice sea una aceptación radical para que logre cortar esta cuestión y posterior a eso vaya cuestionando sus propios pensamientos y que se adhiera mucho más al itinerario que ya tiene planteado.

¿Los pacientes toxicómanos surge por una mala intervención clínica o depende totalmente del sujeto?

Hay casos y casos he conocido también profesionales que cuestiono mucho la labor de nosotros mismos en donde tal vez, qué herramientas le estamos brindando acá en individuos, que tanto conocemos en la problemática de él.

Ejemplo, otra técnica que utilizo bastante es en cuanto a la etiquetado tanto de emociones como de craving para yo tener una más una apreciación más acertada de cómo él vive estas emociones y como él la siente e ir trabajando desde ahí, desde cómo él siente esas emociones y he visto que muchos profesionales tienen esa carencia, o sea, la intervienen tal vez de lo que ellos consideran o creen que es lo que él está viviendo. También intervienen mucho lo que es de él, o sea, si ya tenemos toda una estructura de un tratamiento y se te ha ido explicando, se te ha ido entre entrenando y no lo aplicas entonces ya es cuestión del individuo entonces podría decirte que ambos tanto del profesional como del individuo.

Entrevista: Psi. Cl. Isabel Loayza

¿Cuál sería la definición de la recaída desde su experiencia con pacientes toxicómanos?

Las recaídas se las podría ver como este momento luego de un periodo de abstinencia o de no consumo, este momento en el que se retoma algunas conductas que se vinculan o se venían ejecutando con anterioridad o se vinculan con todas estas actividades tienen que ver con el consumo, no solo el hecho de consumir la sustancia como tal sino también conductas, ciertos vínculos, ciertas actividades que hacía que me dan indicio de que voy hacia una recaída.

¿Qué función cree que desempeña el goce frente a la requerida de pacientes neuróticos toxicómanos?

El goce vendría a estar vinculado con el placer inmediato que produce el consumo de sustancias o cualquier conducta que se repita y está nominada bajo el término adicción. La función vendría hacer proporcionar este placer inmediato que para el sujeto toxicómano es difícil de vincularlo a otras actividades porque toma un poco más de tiempo.

¿Considera que los sujetos con estructuras neuróticas tienen mayor tendencia a recaer? ¿Por qué?

Creo que todos tienen esta tendencia, aunque si bien estas otras estructuras tienen una relación diferente con el goce y con el objeto, sin embargo, considero que más que la estructura depende de otros factores que tienen que ver en cómo se construye una personalidad, contexto familiar, social, cuestiones económicas, etc. Es un conjunto o un cúmulo de factores que vienen a hacer que el proceso prevalezca o se genere una recaída.

¿Cuáles son los desencadenantes que contribuyen en un paciente neurótico tóxico bueno para retornar al deseo de consumir?

Los desencadenantes quizás el mayor desencadenante pueda ser que en el proceso establecemos objetivos que lo vendríamos a decir “deseo de”, sin embargo, cuando estos objetivos que se plantean logran desestabilizarse y se desestabiliza esta base del acompañamiento, red de apoyo, etc. Son parte fundamental de que el paciente recaiga.

¿Las intervenciones clínicas de un paciente toxicómano recaído son diferentes a las de un paciente toxicómano?

Se plantean las mismas cuestiones o temáticas, simplemente lo que cambia es una reformulación diferente, quizás lo vemos desde otro punto y ubicamos otra base, pero en el fondo vendría a hacer lo mismo, pero ahora se reformula lo que ya planteé antes.

¿Cuáles son las técnicas que más emplean el tratamiento de un paciente toxicómano recaído?

Las técnicas conductuales que más empleo son la reelaboración de pensamientos, reelaboración de creencias y conductas, el promover o ser más limitante en el establecimiento de conductas y de parámetros para su tratamiento.

¿Los pacientes toxicómanos surge por una mala intervención clínica o depende totalmente del sujeto?

Las recaídas y el consumo como tal, es una decisión propia del sujeto. En terapia se puede hacer muchas cosas como terapeuta, pero si el paciente no se implica o no toma las herramientas que se les brinda en la terapia, las recaídas van a estar ahí.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Noelia Abigail Porras Muñoz**, con C.C: # **2450808130** autora del trabajo de titulación: **La recaída en pacientes neuróticos toxicómanos**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, **09 de febrero del 2024**

f. _____

Nombre: **Porras Muñoz, Noelia Abigail**

C.C: **2450808130**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	La recaída en pacientes neuróticos toxicómanos.		
AUTORA	Noelia Abigail Porras Muñoz		
REVISOR/TUTOR	Psic. Cl. Rosa Irene Gómez Aguayo, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Educación y Ciencias de la Comunicación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	09 de febrero del 2024	No. DE PÁGINAS:	107
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis, Toxicomanías, Neurosis Y Recaídas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Toxicomanía, Neurosis, Goce, Deseo, Repetición, Recaída, Tratamiento.		
RESUMEN:	<p>En la presente investigación, estuvo basada en un análisis de las causas subjetivas que se manifiestan en la recaída de aquellos pacientes neuróticos toxicómanos que ya pasaron por un tratamiento psicológico, la cual consta de tres capítulos, sobre qué es la toxicomanía, la construcción de la estructura neurótica y el funcionamiento de la toxicomanía dentro de esta estructura, por último, se presenta la recaída y el tratamiento con respecto a estos pacientes. Asimismo, dentro de los capítulos se explicó las diferentes perspectivas de la toxicomanía y de la recaída. Por lo tanto, la investigación presentó un enfoque cualitativo con el paradigma descriptivo y explicativo que permitió basarnos en las perspectivas y experiencias de las personas, de forma que el método que se empleó fue el descriptivo, ya que las técnicas de recolección de datos aplicadas en esta investigación fueron la revisión bibliográfica y análisis teórico, el instrumento que se aplicó es una entrevista semi estructurada a profesionales en el área de adicciones o toxicomanías, debido a que por medio de la entrevista permitió una mayor flexibilidad para recoger la información necesaria para la investigación. A través de los resultados del análisis se adquirió información específica para conocer los desencadenantes destacados que conllevan al paciente toxicómano a recaer en el consumo del objeto droga.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORA:	Teléfono: +593979808795	E-mail: noelia.porras@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Psi. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, 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):			