



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**Del Acto al Decir: La función de la Palabra y el encauce del Deseo
en la Clínica de las Toxicomanías**

AUTORA:

Palomeque Chele, Jacqueline Angeline

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

TUTORA:

Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, PhD

**Guayaquil, Ecuador
24 de agosto del 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Palomeque Chele, Jacqueline Angeline** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. 

Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

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

Guayaquil, a los 24 días del mes de agosto del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Palomeque Chele, Jacqueline Angeline**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Del Acto al Decir: La función de la Palabra y el encauce del Deseo en la Clínica de las Toxicomanías** 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 24 días del mes de agosto del año 2026

LA AUTORA

f. _____
Palomeque Chele, Jacqueline Angeline



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Palomeque Chele, Jacqueline Angeline**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Del Acto al Decir: La función de la Palabra y el encauce del Deseo en la Clínica de las Toxicomanías**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 24 días del mes de agosto del año 2026

LA AUTORA:

f. _____
Palomeque Chele, Jacqueline Angeline



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGIA, EDUCACION, COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

jacqueline.palomeque

ID : 1ec78329009fbc7dc17fdfe3eb8f5a4d004004bb



0%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : jacqueline.palomeque.txt
Tamaño del archivo original : 601,35 kB
Número de palabras : 49,097

Depositante : Tatiana Aracely Torres Gallardo
Fecha de depósito : 24 de agosto de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 24 de agosto de 2026

TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

Del Acto al Decir: La función de la Palabra y el encauce del Deseo en la Clínica de las Toxicomanías

LA AUTORA:

Palomeque Chele, Jacqueline Angeline

INFORME ELABORADO POR:

Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, PhD

TUTORA

Guayaquil, a los 24 días del mes de agosto del año 2026

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por acompañarme y darme fortaleza a lo largo de este camino, especialmente en los momentos en los que continuar parecía más difícil. A mis padres, por creer siempre en mí, confiar en mis capacidades y apoyarme incondicionalmente. A mis abuelos y hermanos, por sus palabras de ánimo durante este proceso. A mi ángel en el cielo, mi mami Alba, a quien llevo siempre en mi corazón. Sé que estaría orgullosa de verme llegar hasta aquí.

A mis profesores, por compartir sus conocimientos y experiencias a lo largo de mi formación, contribuyendo a mi crecimiento académico y profesional, y a mi tutora de tesis, por su orientación y acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación.

A la institución que me abrió sus puertas y me brindó la oportunidad de realizar el grupo focal, permitiéndome acercarme a una realidad que despertó mi interés y dio origen a esta investigación. De manera especial, agradezco a los pacientes que participaron en el grupo focal, por compartir sus experiencias y aportar, desde sus vivencias, elementos fundamentales para la construcción de este trabajo.

A Gottita y Sirius, por su cariño y compañía. Aunque Gottita ya no esté conmigo, ambos ocupan un lugar especial en mi corazón y han sido parte importante de mi vida.

Finalmente, me agradezco a mí misma por la perseverancia, constancia y esfuerzo que me permitieron continuar a pesar de las dificultades y llegar hasta aquí. Este logro también lleva un poco de cada persona que me acompañó y creyó en mí.

DEDICATORIA

A quienes atraviesan las toxicomanías y sus procesos de rehabilitación, y que, a pesar de lo difícil que puede resultar poner en palabras aquello que duele, se atrevieron a compartir parte de sus historias, sus silencios y sus experiencias.

A quienes muchas veces han llevado su sufrimiento en silencio y han encontrado en el acto una forma de expresar aquello que no pudieron decir. Este trabajo está dedicado a ustedes, con profundo respeto y empatía, reconociendo el valor que implica poder hablar de aquello que duele, darle un lugar a la propia historia y abrirse a la posibilidad de encontrar, a través de la palabra, nuevas formas de hacer con el sufrimiento y de dar lugar al deseo.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. CL. VELÁZQUEZ ARBAIZA, ILEANA DE FÁTIMA, MGS
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. CL. ZOLLER ANDINA, MARÍA JOSÉ, MGS.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CL. JOSÉ MIGUEL, DE LA ROSA GARCÍA, MGS
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del Problema	4
Pregunta General	7
Preguntas Específicas	7
Objetivos Objetivo General	7
Objetivos Específicos	8
Justificación	8
ANTECEDENTES	11
CAPÍTULO I	14
Del lenguaje a la palabra en la constitución del sujeto	14
El lenguaje como estructura y la palabra como acto	14
El decir en la implicación subjetiva	16
La palabra vacía y la palabra plena en la clínica del malestar	18
CAPÍTULO II	25
El encauce del deseo en la toxicomanía y su articulación clínica frente a la falta y el goce	25
La naturaleza del deseo en el psicoanálisis desde la necesidad orgánica hasta la falta estructural	25
La función del tóxico como cortocircuito del deseo y obturador de la falta constitutiva	33
El eclipse del deseo singular por el peso de la identidad fija en las clínicas de rehabilitación	39
Hacia el encauce del deseo mediante la asunción de la falta para habilitar al sujeto	45
CAPÍTULO III	50
La palabra, la escucha clínica y la articulación del deseo en la rehabilitación de las adicciones	50
La irrupción de la palabra frente a la compulsión en el sujeto toxicómano	50
El despliegue del discurso singular frente a la fijeza de la etiqueta de adicto	56
Alojar la falta para sostener la posición deseante	61
La articulación del deseo y sus efectos subjetivos	67
CAPÍTULO IV	73
Metodología	73
Enfoque	73
Paradigma	74
Método	75
Técnicas e instrumentos de recolección de información	75
Población	76
CAPÍTULO V	77
Presentación y Análisis de Resultados	77
Presentación de resultados	77
Análisis de Resultados Categoría: Función de la palabra	113
1) ¿De qué manera siente usted que las palabras o frases de personas importantes en su vida han ido marcando su historia y este	

proceso de rehabilitación que recorre hoy?	113
2) ¿Cómo se explica usted la causa o el origen del malestar que lo inducía al consumo?	116
(Sujeto 4)	118
3) ¿Cómo describe usted a un paciente antes de la rehabilitación y cómo describe a un paciente en rehabilitación?	119
Categoría: Encauce del deseo	123
4) Mirando hacia atrás, cuando aparecía ese impulso de consumir... 123	
5) ¿Qué lugar o qué papel representa el consumo frente a sus problemas o decisiones del día a día?	128
6) ¿Qué o quién siente usted que es el motor principal que lo sostiene en este proceso de rehabilitación?	131
Subcategoría: Hacia el encauce del deseo mediante la asunción de la falta para habilitar al sujeto	134
8) Hoy en día, ¿has pensado en metas personales, hacia dónde apuntan y qué diferencia tienen con lo que querían en el pasado? ..	137
CONCLUSIONES	142
LISTA DE REFERENCIAS.....	145
ANEXOS.....	151
Formulario de Consentimiento Informado para los participantes del.	151
Declaración de Consentimiento.....	151
TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO FOCAL	153
Sujeto 2.....	154
Sujeto 3.....	156
Sujeto 4.....	156
Sujeto 5.....	156
Sujeto 6.....	157
Sujeto 2.....	159
Sujeto 3.....	160
Sujeto 4.....	161
Sujeto 5.....	161
Sujeto 6.....	162
Sujeto 2.....	163
Sujeto 3.....	164
Sujeto 4.....	165
Sujeto 5.....	166
Sujeto 6.....	166
Sujeto 2.....	168
Sujeto 3.....	169
Sujeto 4.....	169
Sujeto 5.....	170
Sujeto 6.....	170
Sujeto 2.....	171
Sujeto 3.....	173
Sujeto 4.....	174
Sujeto 5.....	174
Sujeto 6.....	175
Sujeto 2.....	176
Sujeto 3.....	176

Sujeto 4.....	177
Sujeto 5.....	177
Sujeto 6.....	177
Sujeto 2.....	178
Sujeto 3.....	179
Sujeto 4.....	179
Sujeto 5.....	180
Sujeto 6.....	180
Sujeto 2.....	181
Sujeto 3.....	181
Sujeto 4.....	182
Sujeto 5.....	182
Sujeto 6.....	183

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tabla de operacionalización de variables	78
Tabla 2 Resultados del grupo focal	84

RESUMEN

La presente investigación propuso estudiar las toxicomanías desde una orientación psicoanalítica en sujetos en proceso de rehabilitación en una clínica de rehabilitación en la ciudad de Guayaquil. La importancia de este estudio radicó en aportar una comprensión complementaria del consumo, alejándose de los enfoques puramente conductuales y de la imposición de etiquetas rígidas para situar la adicción como una respuesta defensiva frente al malestar, la falta estructural y la angustia que desbordan al sujeto. El objetivo principal fue analizar la importancia de la función de la palabra en el encauce del deseo en sujetos con consumo toxicómano en proceso de rehabilitación. Para llevar a cabo este trabajo, se optó por un diseño cualitativo de corte interpretativo y descriptivo. El recorrido metodológico combinó de manera articulada una revisión bibliográfica especializada con la realización de grupos focales a los participantes en rehabilitación, priorizando en todo momento la experiencia subjetiva y la palabra viva de los actores frente a las mediciones cuantitativas tradicionales. A partir de esto, los resultados muestran que, dialogando de forma constructiva con los recursos institucionales habituales, la incorporación de un espacio de escucha clínica y el análisis riguroso del discurso permite que los sujetos transiten de la inercia destructiva del acto a la elaboración simbólica de su propia historia. De este modo, la investigación demuestra que es posible impulsar una menor tasa de recaídas, la superación de la queja pasiva, la reconstrucción sólida de sus vínculos afectivos y una reinserción social sostenible, consciente y plenamente responsable.

Palabras Clave: Toxicomanía; Psicoanálisis; Palabra; Subjetividad; Deseo; Rehabilitación

ABSTRACT

This research proposed to study substance addiction from a psychoanalytic orientation in subjects undergoing rehabilitation in the city of Guayaquil. The importance of this study lies in providing a complementary and deep understanding of consumption, moving away from pure behavioral approaches and the imposition of rigid labels to position addiction as a defensive response against distress, structural lack, and the anxiety that overwhelms the subject. The main objective was to rigorously analyze the importance of speech and the channeling of desire in subjects with toxicomania undergoing rehabilitation in an addiction clinic in the city of Guayaquil. To carry out this work, a qualitative design with an interpretive and descriptive approach was chosen. The methodological journey articulated a specialized literature review with focus groups conducted with rehabilitation participants, prioritizing at all times the subjective experience and the living word of the actors over traditional quantitative measurements. Based on this, the results show that, by constructive interacting with habitual institutional resources, the incorporation of a clinical listening space and rigorous discourse analysis allows subjects to transition from the destructive inertia of the act to the symbolic elaboration of their own history. In this way, the research demonstrates that it is possible to promote a lower relapse rate, the overcoming of passive complaint, the solid reconstruction of affective bonds, and a sustainable, conscious, and fully responsible social reintegration.

Keywords: Psychoanalysis; Speech; Subjectivity;
Desire; Rehabilitation

INTRODUCCIÓN

Esta investigación aborda el consumo compulsivo de sustancias desde una perspectiva clínica orientada por el psicoanálisis. Frente al automatismo y la inercia del consumo, este enfoque sitúa a la palabra dentro de la situación analítica como recurso que trasciende la contención institucional, permitiendo frenar el acto y darle al sujeto la oportunidad de interrogar su malestar en lugar de repetirlo. Si bien el espacio terapéutico de la clínica de rehabilitación procura la contención y el alivio sintomático, es en la escucha analítica donde se posibilita una auténtica transformación subjetiva. Es justamente en la clínica y a través de la escucha donde se va de la actuación ciega a un decir propio, transformando el sufrimiento pasivo en un compromiso con la propia historia. Al ser dirigida a otro, la palabra ayuda a desarmar soluciones precarias frente al sufrimiento y restituye la dimensión subjetiva del paciente.

El estudio adopta un enfoque cualitativo de corte clínico y psicoanalítico. Al respecto, Guzmán (2021) plantea que “la metodología cualitativa observa una parte de la realidad de manera subjetiva utilizando sus técnicas, estrategias e instrumentos concretos. Produciendo como resultado categorías conceptuales y una relación sistémica entre las partes y el todo de la realidad en estudio” (p.29). Lejos de ver la toxicomanía únicamente como un problema conductual o biológico, este trabajo se enfoca en comprender la vivencia del paciente mediante su propio discurso. A través de los grupos focales, la investigación recupera los testimonios de los participantes para analizarlos desde la teoría psicoanalítica, explorando de qué manera cada uno logra dejar atrás la inercia del acto para abrir paso a un decir propio.

El trabajo se lleva a cabo en la ciudad de Guayaquil, enfocándose en sujetos que realizan su proceso de rehabilitación en una clínica, centro u hospital. El objetivo central es analizar la importancia de la función de la palabra en el encauce del deseo en sujetos con consumo toxicómano en proceso de rehabilitación en una clínica de adicciones de la ciudad de Guayaquil por medio de una metodología cualitativa, para comprender cómo esto permite al sujeto reinventar su posición frente al malestar. Asimismo, esta investigación guarda correspondencia con el Dominio 5 de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (Educación, comunicación, arte y subjetividad), ya que aborda la subjetividad como una construcción de sentido que se edifica y transforma a lo largo de la existencia.

Esta correspondencia se sostiene en una premisa central: el marco teórico de la investigación parte de que el ser humano está tomado por el lenguaje, de modo que la subjetividad se entiende como una construcción dinámica y en constante resignificación, lejos de cualquier visión fija o puramente biológica. Como señala Lacan (2009): “es el orden simbólico el que es, para el sujeto, constituyente, demostrándoles en una historia la determinación fundamental que el sujeto recibe del recorrido de un significante” (p. 24). En la clínica de las adicciones, el paso del acto compulsivo (el consumo como respuesta muda) al despliegue de un decir propio implica precisamente que el paciente logre construir un nuevo sentido sobre su historia vital. Al trabajar con la función de la palabra como herramienta clínica, la tesis aporta de manera directa a los procesos de subjetivación y comunicación humana en el ámbito de la salud mental.

El estudio se articula con lo propuesto por la Secretaría Nacional de Planificación del Ecuador (2021) en el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, específicamente dentro del Eje Social y su Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. En coherencia con ello, la investigación se conecta con este lineamiento al analizar el tratamiento de adicciones desde la salud mental y la clínica psicoanalítica. Al situar la función de la palabra y el deseo en el espacio terapéutico, el trabajo aporta lecturas que enriquecen los modelos de rehabilitación, priorizando la escucha individual frente a intervenciones puramente estandarizadas.

En el plano social e internacional, el trabajo se conecta con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), apuntando puntualmente a la meta 3.5 centrada en la prevención y el tratamiento frente al abuso de sustancias (ONU, 2015). Hoy en día, el consumo toxicómano representa una problemática crítica de salud pública tanto a nivel global como local. Por ello, si bien los esquemas médicos y de control institucional son habituales en los tratamientos, resulta fundamental complementarlos con enfoques que atiendan lo que le pasa al paciente a nivel emocional y subjetivo, evitando que la atención se limite únicamente al aspecto físico o conductual.

Planteamiento del Problema

Dentro del trabajo psicoanalítico con toxicomanías, la compulsión por la sustancia se presenta cada vez que el acto se impone por encima de la palabra. Ante cualquier situación de angustia o malestar, el consumo opera como un atajo que intenta tapar la falta estructural por medio de un goce solitario y anestésico. Esto arrastra al sujeto a una repetición ciega, donde el

cuerpo termina cargando con un dolor intraducible y la elaboración psíquica queda sepultada por la prisa de consumir. Ya en el espacio terapéutico, la entrada de la palabra logra frenar ese automatismo, invitando a la persona a cuestionar aquello que le duele en vez de repetirlo en el acto. Al ser dirigida a un Otro, la palabra desarma la ilusión de completud que ofrecía la sustancia y restituye la dimensión del sujeto dividido:

“Es ciertamente esta asunción por el sujeto de su historia, en cuanto que está constituida por la palabra dirigida al otro, la que forma el fondo del nuevo método al que Freud da el nombre de psicoanálisis. [...] La palabra es en efecto ese acto por el cual el sujeto, al dirigirse al Otro, hace surgir la dimensión en la cual su deseo puede ser reconocido.” (Lacan, 2009, pp. 249-254).

Desde esta perspectiva, la relevancia de estudiar la función de la palabra en la clínica de las toxicomanías estriba en su capacidad para subvertir el automatismo del consumo y abrir paso al despliegue del deseo. Cuando la persona sumergida en la toxicomanía accede a la palabra dentro del espacio terapéutico, la droga deja de operar como un intento de respuesta o de obturación de la falta estructural, experimentada fenoménicamente por el sujeto como un vacío insoportable, y pasa a inscribirse como un problema a dilucidar. Por otro lado, en la dinámica institucional común se suele recurrir a respuestas médicas o normativas que asignan etiquetas como *adicto* o *dependiente químico*, lo cual dificulta que la persona hable desde su propia singularidad. Al reducir al sujeto a una categoría estándar, se corre el riesgo de dejarlo atrapado en discursos repetitivos y aprendidos que no logran alcanzar el trasfondo de su malestar ni modificar el rumbo de su existencia.

Frente a esta parálisis identitaria y al empuje destructivo del goce tóxico, la apuesta analítica promueve el encauce del deseo a partir de la asunción de la falta constitutiva. El deseo humano no busca ser colmado de manera definitiva por un objeto concreto, sino mantenerse en movimiento a lo largo de la cadena de los significantes. Mientras la sustancia pretende congelar esa deriva metonímica ofreciendo una falsa solución, la clínica psicoanalítica busca reinstaurar la brecha donde el deseo puede articularse a través de los tropezones del habla, las grietas del discurso y el reconocimiento de lo inacabado:

“El deseo se articula, pero no es articulable. Quiero decir que en la medida en que la palabra se despliega, el deseo se dibuja en el margen donde la demanda se desgarrar de la necesidad, sosteniéndose como aquello que se escapa a lo dicho, pero que anima la existencia misma del sujeto.” (Lacan, 2014, p. 412).

En este sentido, problematizar la función de la palabra y el encauce del deseo en hombres adultos en proceso de rehabilitación en una clínica de adicciones de la ciudad de Guayaquil permite interrogar de qué manera los modelos de tratamiento actuales abren o clausuran la dimensión subjetiva. Con respecto al contexto local, la atención de las toxicomanías suele apoyarse en esquemas enfocados en el control de la conducta y la abstinencia física, los cuales a menudo dejan de lado el sentido particular que el tóxico tenía en la vida psíquica del paciente. Cuando el proceso se reduce exclusivamente a lo orgánico sin brindar un espacio donde la palabra encuentre una escucha para alojar la angustia, el sujeto corre el riesgo de recaer o adherirse pasivamente a las etiquetas institucionales (como *adicto* o *dependiente*

químico), asumiendo una identificación rígida que obtura su propia dimensión deseante. Por tanto, investigar esta articulación exige indagar cómo la posición del psicólogo clínico y sus intervenciones clínicas, tales como, la escucha, las devoluciones, los silencios, posibilitan que el sujeto transite del automatismo del acto a la responsabilidad de un decir, favoreciendo el encauce de su deseo, la reconstrucción de sus lazos afectivos y la reinención de su proyecto de vida.

Pregunta General

¿Cuál es la importancia de la función de la palabra en el encauce del deseo en sujetos con consumo toxicómano en proceso de rehabilitación en una clínica de adicciones de la ciudad de Guayaquil?

Preguntas Específicas

1. ¿Cuál es la función de la palabra en el abordaje clínico dentro del proceso de rehabilitación?
2. ¿Cómo se configura el encauce del deseo en el sujeto toxicómano dentro del proceso de rehabilitación?
3. ¿Cómo se articula la función de la palabra y el encauce del deseo en la reconstrucción del lazo social en sujetos toxicómanos dentro del proceso de rehabilitación?

Objetivos

Objetivo General

Analizar la importancia de la función de la palabra en el encauce del deseo en sujetos con consumo toxicómano en proceso de rehabilitación en una clínica

de adicciones de la ciudad de Guayaquil por medio de una metodología cualitativa para comprender cómo esto permite al sujeto reinventar su posición frente al malestar.

Objetivos Específicos

- Examinar la función de la palabra en el abordaje clínico dentro del proceso de rehabilitación.
- Describir la configuración del encauce del deseo en el sujeto toxicómano dentro del proceso de rehabilitación.
- Determinar la articulación de la función de la palabra y el encauce del deseo en la reconstrucción del lazo social en sujetos toxicómanos dentro del proceso de rehabilitación.

Justificación

Abordar el consumo de drogas desde una perspectiva clínica orientada por el psicoanálisis implica desplazar los reduccionismos biologicistas y conductuales que reducen la toxicomanía a una mera alteración de la conducta. Por ello, este trabajo cobra relevancia al entender la adicción más allá de una falta que deba corregirse con disciplina; se le comprende como una salida defensiva, un último recurso al que recurre el individuo cuando la angustia y el malestar lo sobrepasan por completo.

Respecto al aporte teórico, este trabajo suma al campo de la salud mental al plantear el tóxico como una vía rápida que frena la mediación del lenguaje, buscando anestesiar el dolor psíquico a través de un goce solitario. Frente a la falsa plenitud que promete el tóxico, se examina cómo la función de la palabra y el encauce del deseo logran reactivar la subjetividad. Desde

un ángulo práctico, la propuesta cuestiona los modelos de atención convencionales que encasillan a las personas bajo rótulos o etiquetas como *adictos* o *dependientes*, un lenguaje que termina por borrar la vivencia particular de cada uno. Frente a eso, se rescata que sea precisamente la función de la palabra la que permita a la persona pasar de la queja mecánica a responsabilizarse de su propio decir, logrando así el encauce del deseo y la reconstrucción de sus vínculos.

Desde el plano social e institucional, este estudio se planta en la realidad de Guayaquil trabajando con sujetos en rehabilitación, cuestionando aquellos modelos que solo buscan vigilar la conducta y asegurar la abstinencia física. Se busca apostar por una práctica de salud mental guiada por la función de la palabra y el encauce del deseo, lo cual ayuda a reducir las recaídas y facilita una inserción real en la comunidad, yendo mucho más allá de típica contención clínica.

Toda esta fundamentación teórica se despliega en tres ejes conceptuales: en el Capítulo I: Del lenguaje a la palabra en la constitución del sujeto, se postula que el ser humano está determinado por el orden simbólico y transita del lenguaje como estructura a un decir ético mediante la palabra plena y la implicación subjetiva; en el Capítulo II: El encauce del deseo en la toxicomanía y su articulación clínica frente a la falta y el goce, se examina cómo la sustancia funciona como un cortocircuito que intenta obturar la falta estructural, congelando así la deriva del deseo en un goce mudo; y finalmente, en el Capítulo III: La palabra, la escucha clínica y la articulación del deseo en la rehabilitación de las adicciones, se propone una escucha analítica que

desarticule las etiquetas institucionales, permitiendo que la irrupción de la palabra detenga la compulsión y reoriente el deseo singular.

Asimismo, la decisión de utilizar una metodología cualitativa responde al interés genuino de priorizar la experiencia subjetiva y la palabra viva de los participantes, por encima de cualquier medición estadística o cuantitativa. Al inclinarnos por un diseño cualitativo y el uso de grupos focales, buscamos rescatar la palabra viva de los participantes. Mediante el análisis del discurso, es posible examinar cómo los sujetos logran desplazarse de la inercia del acto, de ese actuar sin procesar, a la elaboración simbólica de su propia historia.

Finalmente, respecto a las limitaciones encontradas en el desarrollo de la investigación, el enfoque cualitativo sustentado en grupos focales y análisis del discurso implica que los resultados no pretenden la generalización estadística a la totalidad de la población con toxicomanías, sino el estudio en profundidad de la singularidad subjetiva. Asimismo, el trabajo de campo estuvo sujeto a dinámicas institucionales y a las condiciones de acceso a los centros de rehabilitación en Guayaquil, circunscribiendo la indagación al discurso de los participantes seleccionados durante el tiempo de desarrollo del estudio, sin abarcar el seguimiento longitudinal de los sujetos tras su egreso.

ANTECEDENTES

Palacios et al. (2026) examinaron el panorama del consumo de drogas en Ecuador con el propósito de posicionar esta problemática dentro del ámbito de la salud pública. A partir de un diseño observacional sustentado en registros de centros toxicológicos de diversas ciudades del país, identificaron un incremento en el uso de sustancias, el cual se asocia con alteraciones conductuales, deterioro en la calidad de vida y un aumento en las dinámicas de violencia. Dichas evidencias ofrecen un marco contextual indispensable para la presente investigación, pues sitúan la toxicomanía en el escenario nacional y exponen cómo sus efectos trascienden la afección orgánica para impactar las relaciones interpersonales, lo que se vincula directamente con el interés de comprender el consumo como una vía de respuesta frente a un malestar no simbolizado.

Siguiendo una línea parecida enfocada en lo social y relacional, Cepa et al. (2024) analizaron cómo el consumo de alcohol en las calles del Distrito Metropolitano de Quito afecta la seguridad ciudadana. Mediante un enfoque aplicado, demostraron que beber en espacios comunitarios es una práctica frecuente que suele generar peleas, violencia, exigiendo respuestas institucionales. Este antecedente le viene muy bien al presente trabajo porque comprueba que el consumo de sustancias trasciende el plano personal y termina sacudiendo la vida en comunidad. Esto confirma que el fenómeno no debe reducirse a una manifestación conductual, sino que exige indagar qué función cumple la droga en la subjetividad de quien la consume.

Por otra parte, Suárez (2023) llevó a cabo una revisión sistemática bajo la metodología PRISMA con el fin de rastrear las lecturas psicoanalíticas de las toxicomanías. Para ello, analizó la producción científica indexada durante los últimos diez años en repositorios como SciELO, Redalyc, Dialnet y Google Académico. De sus hallazgos se desprende que la sustancia opera como un soporte y una vía de goce orientada a atenuar temporalmente el sufrimiento, adquiriendo matices particulares según la estructura clínica del paciente. Tal antecedente resulta fundamental para el presente estudio, en tanto aporta evidencia documental sobre cómo la toxicomanía se constituye en una respuesta frente al dolor psíquico cuando faltan los recursos para canalizarlo a través de la palabra.

Por su parte, Villella (2024) profundizó en la relación entre los trastornos del apego y el desarrollo de adicciones mediante una investigación comparativa entre personas en tratamiento por consumo problemático y un grupo de control. El análisis evidenció una elevada presencia de apego inseguro en la población consumidora, concluyendo que la sustancia es empleada como un objeto sustitutivo para autorregular estados emocionales dolorosos que el sujeto no logra procesar en sus vínculos afectivos primarios. Este aporte enriquece el trabajo actual al permitir comprender cómo las dificultades en la vinculación temprana favorecen el refugio en la droga como un mecanismo sereno frente al malestar que no ha sido puesto en palabras.

En el ámbito de la intervención clínica, Uribe (2024) exploró los modelos y técnicas aplicados en doce Centros de Atención en Drogadicción (CAD) de Colombia mediante una investigación cualitativa de orientación interpretativa, sustentada en entrevistas semiestructuradas, grupos focales y

revisión documental con personal y usuarios. El estudio dejó al descubierto el predominio de métodos médicos, psiquiátricos y cognitivo conductuales basados en una idea de *cura estándar* que termina borrando lo singular de cada persona y le quita espacio a la resignificación de su historia. Por ello, se concluye que es urgente sumar la mirada psicoanalítica al tratamiento de las toxicomanías, permitiendo atender lo subjetivo y descifrar para qué sirve el consumo frente a un dolor que no se dice, lo cual respalda de lleno el rechazo de este trabajo hacia los modelos rígidos que ignoran la realidad psíquica.

Por último, Paragis (2021) estudió las toxicomanías a través de una revisión teórica y clínica dentro del psicoanálisis, enfocándose en el papel subjetivo del consumo y cómo este ayuda a regular el dolor mental. Ella sostiene que la sustancia aparece como una salida rápida cuando el sujeto no logra simbolizar su angustia actuando como un recurso para calmar un malestar que no puede tramitarse con palabras ni tomar la forma de un síntoma. Dicha perspectiva ofrece un respaldo conceptual decisivo para este trabajo, pues otorga solidez analítica a la premisa de que el recurso a la sustancia constituye un intento de gestión de aquel sufrimiento que no alcanza a ser dicho.

CAPÍTULO I

Del lenguaje a la palabra en la constitución del sujeto

Para entrar al mundo del psicoanálisis no hace falta ser un experto, solo se necesita tener curiosidad por entender cómo nos afecta lo que decimos y, sobre todo, lo que nos llamamos. Por lo general, pensamos que el lenguaje es una simple herramienta que usamos para transmitir información, pero este capítulo propone una idea diferente: los seres humanos estamos hechos de palabras. Desde antes del nacimiento, los relatos, los nombres y las expectativas familiares, van tejiendo el lugar que ocupamos en el mundo. A lo largo de estas páginas de este capítulo, se aborda el peso de esa trama simbólica, el riesgo de quedar atrapados en frases heredadas o etiquetas como *soy adicto* y el modo en que los lapsus, los cuales son tropiezos del habla, abren paso a lo reprimido. El propósito final es comprender cómo el espacio analítico permite transformar el sufrimiento mudo de un síntoma en una voz singular capaz de reorientar la vida.

El lenguaje como estructura y la palabra como acto

El psicoanálisis no reduce lo humano a un mero organismo biológico ni al funcionamiento de un cuerpo físico. La constitución de la subjetividad responde a una lógica psíquica entramada por la cultura, la estructura del lenguaje y los símbolos que nos circundan. Por esta razón, la historia individual trasciende la simple acumulación cronológica de hechos; es la consecuencia directa del modo en que la palabra nos nombró, clasificó e interpretó desde antes de nuestra llegada al mundo. En este sentido, el lenguaje funciona como un marco que ya nos predefine. Sobre esto, el análisis

de la causalidad psíquica nos recuerda que “no hay causa sin esa palabra final que cierra el bucle. Y la condición de la historicidad del sujeto es el lenguaje y la combinatoria de la cadena significante” (Zanghellini, 2008, p. 42).

Dicha estructura simbólica cobra una dimensión activa en la experiencia clínica cuando el hablante despliega su decir. A diferencia del abordaje institucional enfocado en la reeducación, la situación analítica no concibe el proceso como una recepción pasiva de explicaciones, sino como una praxis donde el paciente debe involucrarse directamente en la formulación de su propia trayectoria. Respecto al fundamento metodológico de este campo, Lacan (2009) puntualiza: “Es ciertamente esta asunción por el sujeto de su historia, en cuanto que está constituida por la palabra dirigida al otro, la que forma el fondo del nuevo método al que Freud da el nombre de psicoanálisis” (p. 249). De esta manera, la palabra en el proceso terapéutico desborda la mera transmisión de información. Funciona como la vía mediante la cual la persona logra adueñarse de su propia biografía, abandonando la posición de objeto moldeado por el lenguaje para constituirse en un sujeto éticamente implicado en su enunciado.

A pesar de esto, la relación entre el lenguaje y nuestra palabra personal no siempre es sencilla y suele estar llena de obstáculos. Existe el riesgo constante de que el sujeto se pierda en frases hechas o en formas de hablar que no le pertenecen realmente, lo cual es una forma de alienación. Al respecto, Lacan (2009) advierte: “La tercera paradoja de la relación del lenguaje con la palabra es la de sujeto que pierde su sentido en las objetivaciones del discurso” (pp. 271-272). Este fenómeno es muy claro en nuestra época: muchas veces, las personas, y especialmente los sujetos con

adicciones, repiten discursos ajenos o se refugian en el consumo, perdiendo el contacto con su propio deseo. Por eso, el objetivo del análisis es ayudar a que el sujeto rompa con esas repeticiones y logre que su palabra sea, finalmente, el espacio donde su deseo pueda aparecer y articularse.

El decir en la implicación subjetiva

Habiendo esclarecido que el ser humano nace inmerso en un orden simbólico previo, la práctica clínica nos exige dar un paso hacia adelante: entender qué hace el sujeto con esa estructura en la que se encuentra atrapado. Como señala Miller (1997), desde la perspectiva lacaniana, “el sujeto del significante está constituido a partir de la cadena significativa; el sujeto no es constituyente sino constituido y la cadena significativa y su estructura son las que tienen la primacía sobre el sujeto” (p. 10). Esta condición de ser *producido* por el lenguaje implica que, inicialmente, el individuo padece las determinaciones de su inconsciente sin saberlo. El malestar no se presenta de forma clara, sino camuflado en un síntoma que se repite de manera ciega. En este punto, el sujeto se encuentra en una posición pasiva, limitándose a sufrir una condición que siente como ajena, pero que en realidad lo define desde su raíz estructural.

Para abordar este malestar es preciso darle lectura a lo que se manifiesta en la clínica “cada palabra es objeto de una definición y de un comentario. La definición intenta recoger su acepción, deducida de su empleo riguroso en la teoría psicoanalítica” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. XI). Desde este marco conceptual, se entiende que la “formación de síntoma comprende no sólo el retorno de lo reprimido en forma de ‘formaciones substitutivas’ o de ‘formaciones de compromiso’, sino también las ‘formaciones reactivas’”

(Laplanche & Pontalis, 2004, p. 165). En la práctica, el síntoma funciona como una solución provisional. Cuando una persona no logra expresar lo que le pasa mediante la palabra, el conflicto termina saliendo a través del cuerpo o en conductas repetitivas que no puede controlar. Así, la persona sufre las consecuencias de un mensaje que ella misma armó desde el lenguaje, aunque todavía ignore su verdadero significado. Aun así, esa forma de sufrir no logra tapar todo por completo; tarde o temprano, la verdad del inconsciente busca un camino para hacerse escuchar y termina mostrándose más allá de lo que la persona pretende controlar de manera consciente.

Una de las vías más claras para observar este fenómeno en la clínica es el *acto fallido*, término que “traduce la palabra alemana *Fehlleistung* que para Freud comprende no solamente acciones stricto sensu, sino también toda clase de errores y lapsus de la palabra y del funcionamiento psíquico” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 10). Lejos de ser simples distracciones biológicas o tropiezos sin importancia, el acto fallido es aquel “en el cual no se obtiene el resultado explícitamente perseguido, sino que se encuentra reemplazado por otro” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 9). Al igual que los síntomas, estos tropiezos cotidianos “son ... formaciones de compromiso entre la intención consciente del sujeto y lo reprimido” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 9). Cuando un paciente comete un lapsus en plena sesión, su máscara consciente se cae por un segundo, revelando que hay otra voluntad oculta que insiste en hacerse escuchar.

Es precisamente en la escucha analítica donde estos quiebres adquieren un valor transformador a través de la transferencia. Al hablar frente al psicólogo clínico el paciente se ve obligado a confrontar lo que sale de su

boca, experimentando un fenómeno clínico fundamental: “el sujeto no puede hablar sin oírse; es decir que la palabra comporta una reflexividad espontánea, una auto-afectación que ha complacido siempre al analista de los fenómenos de la conciencia” (Miller, 1997, p. 9). Este ejercicio de oír sus propios tropiezos y contradicciones quiebra el automatismo del acto compulsivo. No obstante, este tránsito no es sencillo ni pacífico, ya que el lenguaje porta un elemento opaco y desestabilizador que asedia permanentemente al hablante. En palabras de Miller (1997), “de la voz uno no se sirve, sino que ella habita el lenguaje. Ella asedia y basta decir para que emerja, para que surja la amenaza en lo que se puede decir” (p. 13). Hablar de verdad implica arriesgarse a tocar ese núcleo de malestar incómodo que el síntoma intentaba ocultar detrás de su repetición.

Por lo tanto, la implicación subjetiva consiste en el pasaje clínico que va desde el padecimiento mudo del síntoma hasta la responsabilidad de un decir propio. Mientras el paciente permanezca en la queja pasiva de sus conductas automáticas, el lenguaje lo seguirá gobernando como a un objeto desamparado. El verdadero cambio terapéutico ocurre cuando el sujeto, al tropezar con sus actos fallidos y escuchar sus propias contradicciones en sesión, asume que ese malestar le pertenece y que dice algo sobre su deseo reprimido. Pasar del síntoma al decir significa que la persona deja de ser una víctima pasiva de su estructura, y se convierte en un agente capaz de responder por su propia historia y por las elecciones que guían su vida.

La palabra vacía y la palabra plena en la clínica del malestar

En la consulta, pasar del sufrimiento del síntoma a que el paciente se haga cargo de su historia requiere entender cómo funciona el habla. Como

vimos antes, el cambio real ocurre cuando la persona acepta que su malestar le pertenece. Sin embargo, hablar no siempre significa que el sujeto se esté implicando en lo que dice. En el psicoanálisis se trabaja solo con la palabra, pero no todo lo que se dice ayuda a cambiar o a descubrir el deseo. Muchas veces, al principio, el paciente habla de forma repetitiva y defensiva. A esto, Jacques Lacan lo llamó *palabra vacía*, caracterizándola como un discurso donde el hablante parece “hablar en vano de alguien que, aunque se le pareciese hasta la confusión, nunca se unirá a él en la asunción de su deseo” (2009, p. 246). Mediante esta modalidad, el sujeto se enreda en explicaciones superficiales o factores ajenos que quedan fuera de la dinámica analítica, utilizando el habla como un mecanismo inerte que sostiene la ilusión de avance mientras evita confrontar su propia angustia.

La palabra vacía es el discurso del yo (ego). Es un terreno puramente imaginario donde el paciente habla mucho sobre un personaje creado para los demás, pero alejado de su verdad. Son puras quejas, descripciones de la rutina o excusas para no enfrentar la angustia. En la clínica de las adicciones, esto se nota mucho. Quien llega a un centro de rehabilitación suele traer un discurso armado con lo que le dijo el médico, su familia o la institución. Repite esto mecánicamente para cumplir con lo que le piden, pero sin tocar su propio dolor.

Eric Laurent explica muy bien este uso del lenguaje en las adicciones al decir que, bajo su influencia, “el sujeto intoxicado puede hablar horas y, sin embargo, no decir nada” (2008, p. 14). Esta charla mecánica es la palabra vacía en su máxima expresión. El paciente cuenta detalles de cómo consume

o qué siente su cuerpo, pero no dice nada sobre su realidad subjetiva. Usa el habla como una defensa para no preguntarse por qué necesita la droga.

Este tipo de habla hueca no es solo responsabilidad del paciente; muchas terapias actuales la refuerzan. Hoy en día, el mercado y ciertos enfoques de contención le dan al paciente una etiqueta fija que tapa su singularidad. Claudia Henschel (2008) advierte sobre este peligro:

La investigación sobre las toxicomanías en el cuadro de las nuevas formas de síntoma; ha sido, entonces, conducida a partir de la hipótesis de que el uso de la droga cumple el papel, en la contemporaneidad, de ser la única solución posible para el malestar. Donde, la ocurrencia de la siguiente situación crítica en el tratamiento, y que torna las localizaciones subjetivas, a partir del advenimiento del personaje, soy *dependiente químico*.

Esa situación crítica también integra el cotidiano del sujeto, y alimenta la creencia referida a la patología del consumo, justificando una terapéutica *antianalítica* del consumo extremadamente difundida en nuestra cultura (Tarrab, 2003). Esta terapéutica está fundada en la incurabilidad de la patología del consumo y en la formación del personaje donde su correlato es *la segregación del sujeto*. Es esta la segregación, que está en el núcleo de la práctica de contención del consumo, característica de las terapias anti analíticas. En este contexto, un psicoanálisis aplicado a las toxicomanías es un psicoanálisis que induce el enfermarse del toxicómano (Freda, 1997), al avalo de la identificación, al *soy dependiente químico*, formulado como solución al encuentro con el Otro. (2008, p. 50)

Cuando alguien dice *soy dependiente químico*, se esconde detrás de un personaje. Esto le permite no hacerse responsable de su historia. Las terapias que solo buscan contener el consumo validan esta máscara y etiquetan al paciente para siempre. El psicoanálisis, en cambio, busca romper esa etiqueta. Eric Laurent (2008) sistematiza tres modalidades de abordaje en la clínica del consumo: En primer lugar, el tratamiento por el sujeto, el cual plantea que “el toxicómano no existe”, proponiendo que la persona abandone esa identidad fija para dar lugar a su división subjetiva y al goce de la palabra. En segundo lugar, el tratamiento por el saber, que opera como una pedagogía participativa donde se le enseña al paciente a negociar con su hábito a partir de deberes, reglas e información sobre la sustancia. Y finalmente, el tratamiento por el significante amo (S_1), que impone una identificación rígida al sujeto bajo la consigna de que debe asumirse como un *exadicto* y alinearse a un ideal colectivo (p. 15).

El tratamiento por el significante amo (S_1) es el que predomina en las instituciones tradicionales. Al obligar al paciente a identificarse como un *exadicto*, los grupos de ayuda mutua fomentan la palabra vacía. Esto borra la división subjetiva (\$), es decir, tapa la pregunta sobre el vacío que la droga intentaba llenar. El paciente repite consignas perfectamente, pero sigue desconectado de su inconsciente.

Para salir de este engaño, el psicoanálisis propone un cambio de rumbo. Hay que pasar de los relatos exactos a otra dimensión del lenguaje. Lacan marca esta diferencia entre la exactitud y la verdad:

...se pasa allí del campo de la exactitud al registro de la verdad. Ahora bien, ese registro [...] se sitúa en un lugar totalmente diferente, o sea propiamente en la fundación de la intersubjetividad. Se sitúa allí donde el sujeto no puede captar nada sino la subjetividad misma que constituye un Otro en absoluto. (Lacan, 2009, p. 31)

Mientras la palabra vacía se queda en la descripción de la queja, la palabra plena aparece cuando el paciente rompe la repetición y se compromete con la verdad. En psicoanálisis, la verdad no es comprobar si los hechos ocurrieron exactamente así en la realidad exterior. La verdad surge cuando lo que se dice conmueve al sujeto en su relación con el Otro. Llegar a una palabra plena exige que la persona deje de refugiarse en la etiqueta de *adicto* como si fuera una explicación definitiva de su vida; solo al desmontar esa definición rígida, el decir abre espacio para que el deseo reprimido salga a la luz. Sin embargo, esta transición desde el habla vacía no ocurre de forma lineal ni planificada, sino que se cuele por las grietas del propio discurso.

Tal como se detalló anteriormente, los lapsus y actos fallidos agrietan esa postura defensiva que sostiene el sujeto en sesión. La tarea del psicólogo clínico pasa entonces por no engancharse con las justificaciones habituales sobre el consumo, para concentrarse en escuchar el instante exacto en que la verdad irrumpe. Lacan lo explica así:

Pero que el enfermo sea escuchado como es debido en el momento en que habla, eso es lo que queremos lograr. Pues sería extraño que sólo se prestase oído a la idea de lo que lo extravía, en el momento en que es sencillamente presa de la verdad. (Lacan, 2009, p. 53)

La palabra plena aparece justo ahí: cuando el paciente interrumpe su discurso ensayado y es *presa de la verdad*. En ese instante, ya no habla desde la comodidad del enfermo incurable, sino desde un decir que lo sorprende y lo hace responsable de su sufrimiento. Esta aparición de la palabra plena tiene una dimensión ética muy fuerte. Luis Darío Salamone usa el concepto de la *parrhèsia clínica* (el hablar con franqueza en la antigüedad) para explicar cómo funciona esta verdad en las adicciones:

La *parhresía* clínica procura una relación más que interesante con la verdad, buscando desbaratar los significantes amos, lanzando certeras estocadas al narcisismo; incluso en el renombrado encuentro entre Diógenes y Alejandro; estamos en una dialéctica, que, si seguimos en todo su curso, más, que rechazar al Otro llevaba a subvertir su lugar como amo de la verdad. (2008, p. 33)

La palabra plena funciona como esa antigua franqueza: desarma los significantes amos (S_1) que ataban al sujeto a una identidad fija (*el adicto*) y golpea el narcisismo del yo que se quejaba de todo. Al quitarle al Otro el lugar de dueño de la verdad, el paciente entiende que ni el médico ni su familia tienen la respuesta sobre su ser. Pero esta verdad no es un saber total; como recuerda Salamone, a la verdad “solo se la puede medio decir” (2008, p. 35). La palabra plena no es un discurso perfecto o fluido; es un medio-decir que toca el inconsciente a través de cortes, silencios y contradicciones.

Para sanar y lograr que el sujeto se implique, es necesario que acepte que el Otro no tiene todas las respuestas. Kovadloff en *El Silencio de las Drogas* (2015) explica que un silencio clínicamente eficaz le arrebató al

paciente la ilusión de dominar su propio discurso, abriendo paso a concebir la curación como la responsabilidad de “preguntar como lo huérfano de respuesta” y asumir la existencia como una constante interrogación sobre el sentido ausente (p. 31). El camino hacia la palabra plena exige que caiga la ilusión del yo de controlarlo todo con un discurso aprendido. Cuando el psicólogo clínico usa el silencio de forma correcta, obliga al paciente a enfrentarse a lo que no sabe de su propio lenguaje. Curarse de una adicción no significa volverse una persona perfectamente adaptada según las normas sociales, sino hacerse cargo de la vida como una pregunta que no tiene una respuesta hecha. El sujeto deja de pedirle a la droga o al médico que llenen su vacío. En su lugar, la clínica analítica busca alojar el sufrimiento del sujeto bajo la transferencia, permitiendo leer su malestar de un modo distinto al institucional y dar forma a una demanda orientada a una pregunta sobre su existencia. Finalmente, el discurso verdadero es lo único que puede salvar al sujeto del camino destructivo de la adicción. El consumo de sustancias es un intento de callar el malestar, creando un aislamiento donde se rompe toda relación con los demás. Como señala Heidegger, en *El Silencio de las Drogas* “sólo el discurso verdadero hace posible el silencio auténtico” (2015, p. 32). El paciente con adicciones sufre un silencio dañino causado por la droga, donde su lenguaje se redujo a la palabra vacía del engaño y la repetición. La única forma de ayudarlo es abrir el espacio para un discurso verdadero o palabra plena. Cuando el adulto en rehabilitación logra decir la verdad de su inconsciente y comprometerse con su palabra, ya no necesita la anestesia de la droga. El habla verdadera le quita terreno al síntoma y permite, por fin, un silencio sano: un silencio que acepta la falta y abre paso al deseo.

CAPÍTULO II

El encauce del deseo en la toxicomanía y su articulación clínica frente a la falta y el goce

Adentrarse en el fenómeno de la toxicomanía exige trascender la mirada puramente biológica o moral que, con frecuencia, domina los discursos tradicionales sobre el consumo. Para comprender verdaderamente qué empuja a un sujeto hacia la destructividad de la sustancia, resulta ineludible interrogar el núcleo de su subjetividad: el deseo. En las páginas siguientes, se despliega un recorrido teórico que parte desde la constitución misma de este motor vital, originado en la brecha insalvable entre la necesidad instintiva y la demanda mediada por el lenguaje, hasta llegar a la forma en que el tóxico irrumpe para cortocircuitar dicha dinámica. En este sentido, el trabajo explica cómo la sustancia intenta tapar sin éxito el vacío propio del ser humano, mientras cuestiona la costumbre de algunas clínicas de rehabilitación de etiquetar a los pacientes. Finalmente, se plantea una alternativa de tratamiento que no se limite a prohibir la droga, sino que ayude al sujeto a aceptar su falta y a guiar su deseo de una forma distinta.

La naturaleza del deseo en el psicoanálisis desde la necesidad orgánica hasta la falta estructural

A partir de lo expuesto, queda claro que las personas no son meros entes biológicos que interactúan con un medio físico, sino sujetos atravesados desde el inicio por el campo del lenguaje. Cruzados por historias, mandatos y símbolos, tarde o temprano chocamos con una frontera insalvable: la palabra resulta insuficiente para agotar lo que somos. Lejos de ser un fallo, esta grieta

estructural, este resto que el lenguaje no logra abarcar, es el verdadero combustible del deseo, la segunda variable central de nuestra investigación.

Comprender el fenómeno de la adicción exige, por tanto, desmarcarse de la lectura de la medicina y la psicología clásica. Ambas disciplinas suelen homologar el deseo a una simple necesidad orgánica, bajo el supuesto de que el cuerpo busca únicamente restablecer un equilibrio biológico donde cualquier molestia física, como la sed o el hambre, se neutraliza al obtener un objeto específico. La perspectiva analítica se distancia de esta lógica. Como explica Álvarez (1995), el ser humano no se reduce a un simple organismo, sino que está marcado para siempre por una falta estructural que lo divide como sujeto, haciendo que el deseo sea, por definición, algo insatisfecho (p. 69).

Esta falta estructural no es un error de la naturaleza ni una patología a curar, sino la condición innegociable de la subjetividad y el verdadero motor de la existencia. Para comprender cómo se transforma la necesidad en demanda, Álvarez (1995) señala que “ese proceso de transformación de las manifestaciones de las necesidades en demandas implica introducir al bebé en un universo semántico, inscribirlo en un referente simbólico” (p. 69).

A diferencia de otras especies que nacen con una dotación instintiva que le concede autonomía a temprana edad, el ser humano llega al mundo en un estado de acentuada inmadurez biológica. Si bien la intervención de ese Gran Otro garantiza la supervivencia física del recién nacido, este auxilio conlleva un costo subjetivo inevitable. Como advierte De Olaso (2018), al rescatar al infante de su desvalimiento corporal inicial, el cuidador lo sumerge

en una nueva forma de vulnerabilidad psíquica: la criatura queda supeditada por entero a la voluntad, el arbitrio y los significados impartidos por ese Otro (p. 217).

A este proceso de sometimiento de la necesidad biológica a las leyes del lenguaje, Lacan (1959) lo plantea al sostener que:

La subjetividad que pone en juego el hecho de que el hombre esté capturado en el lenguaje, que esté capturado en él quiéralo o no, y que lo esté mucho más allá del saber que tenga al respecto, no es inmanente a una sensibilidad, si por tal entendemos el par estímulo-respuesta. La razón es que el estímulo se da en función de un código que impone su orden a la necesidad, la cual debe traducirse a él. (p. 19)

De este modo, el organismo pierde la inmediatez del arco reflejo. Como indica Lacan (1959), desde las etapas más tempranas de la vida, el individuo se ve forzado a someter la manifestación de sus requerimientos orgánicos al tránsito por las exigencias del lenguaje para poder alcanzar su satisfacción (p. 21). Este paso por el desfiladero del significante altera irremediabilmente lo que circula a través de él, obligando al sujeto a articular sus vivencias mediante palabras prestadas.

En consecuencia, Lacan (1959) concluye que el sujeto de la necesidad solo logra expresarse al convertir su urgencia biológica en una demanda; por lo tanto, la necesidad original resulta profundamente modificada y distorsionada al verse obligada a atravesar el filtro del discurso y la estructura del significante (p. 39).

La necesidad instintiva original, una vez nombrada, se convierte en una demanda. Para profundizar en esta diferencia, Gallo (2011) sostiene que “la demanda se opone a la necesidad, por ser la primera una cuestión de palabras que va más allá de la necesidad instintual” (p. 101). Al usar palabras, la demanda ya no pide solamente un objeto material para calmar el cuerpo. Cuando el niño pide ser alimentado, el alimento se ha convertido en un símbolo de la presencia y el cuidado. Al respecto, Lacan (1959) aclara que “esto tiene un alcance diferente del de la pura y simple satisfacción de la necesidad” (p. 41).

Es en este intrincado proceso de traducción donde ocurre un desajuste, puesto que la palabra nunca es suficiente. Gallo (2011) lo explica al mencionar que esta demanda en un primer momento es “interpretada por la madre... la demanda se articula por el significado que el otro le da... que a su vez hace retornar esa demanda en deseo, así se va constituyendo el deseo en un sujeto” (p. 101).

Al ser interpretado por el lenguaje del Otro, siempre queda un resto, una porción vital que no pudo ser capturada por la palabra. Lacan (1959) advierte que “la discursividad retroactivamente se impone a la tendencia, que es afectada por su forma” (p. 40). El lenguaje funciona como un aparato que deforma lo instintivo. Álvarez (1995) refuerza esta idea al afirmar que “precisamente ese paso por el molino del lenguaje introduce una confusión o desviación definitiva” (p. 70). Es exactamente en esta desviación definitiva, en este resto intraducible, donde nace el deseo. Álvarez (1995) rescata una enseñanza fundamental al respecto: “El deseo —escribe Lacan en 1960— se esboza en el margen donde la demanda se desgarrar de la necesidad. Siempre

presente y al mismo tiempo evanescente, el deseo es precisamente aquello que no puede ser nombrado en las prolijas demandas” (p. 70).

Por lo tanto, el deseo no es el hambre (necesidad), ni es la petición de alimento (demanda); el deseo es ese abismo que queda en el sujeto al descubrir que ninguna respuesta del exterior logra satisfacerlo por completo. Gallo (2011) consolida esta perspectiva: “El deseo nace de la separación entre necesidad y demanda, y es un punto central para el psicoanálisis y Jacques Lacan, retomando a Spinoza, lo coloca en su justo lugar: ‘el deseo es la esencia del hombre’” (p. 102).

En este punto, resulta indispensable precisar la distinción clínica entre los conceptos de *falta* y *vacío* dentro del marco de esta investigación. La falta se articula en dos vertientes constitutivas del sujeto: como *falta-en-ser*, la cual divide al sujeto y lo confronta con la pregunta por el lugar que ocupa en el deseo del Otro; y como falta de objeto, referida a aquel objeto estructuralmente perdido (*objeto a*) que opera como causa de deseo e impulsa la metonimia significativa. Es esta falta la que en la toxicomanía se pretende obturar bajo el espejismo de que *nada falta*. Por su parte, cuando en este trabajo se alude al *vacío* o *vacío existencial*, no se hace referencia a la forclusión del Nombre del Padre propia de la estructura psicótica, sino a la ausencia de una relación sexual o complementariedad natural con el Otro, así como al vacío de respuesta respecto a la falta en el Otro. Es sobre esta ausencia radical de respuesta y sobre la *falta-en-ser* que el sujeto intenta erigir su fantasma y responder a la incógnita de su propia existencia.

Hay que reconocer que el deseo surge de una falta provocada desde afuera lleva a una conclusión metodológica: el deseo no germina en las profundidades de la biología, sino que es ajeno en su origen. De Olaso (2018) lo estipula sin rodeos al afirmar que “el deseo viene del Otro” y que “no hay modo de ubicar el deseo sino es a partir del deseo del Otro” (p. 217). Esta búsqueda incesante de un lugar en el mundo simbólico es descrita por Lacan (1959):

Entre, por un lado, los avatares de su demanda y aquello en lo que tales avatares la han convertido y, por otra parte, esa exigencia de reconocimiento por parte del Otro que en este caso podemos llamar exigencia de amor, se sitúa para el sujeto un horizonte de ser, y la cuestión de saber si el sujeto puede, sí o no, alcanzarlo. (p. 26)

En este horizonte, el sujeto constata su insuficiencia y, como indica Gallo (2011), comprende que “necesita de otro, que por su falta siempre debe de haber otro a quien dirigirse para poder colmar esa falta” (p. 102). Sin embargo, esta búsqueda constante hacia el exterior está condenada a fracasar en términos materiales, porque ninguna cosa concreta puede llenar un vacío de naturaleza lingüística. Freud (1908) aporta una apreciación lúcida al respecto: “puede afirmarse que el hombre feliz jamás fantasea, y sí tan sólo el insatisfecho”, ya que “los instintos insatisfechos son las fuerzas impulsoras de las fantasías” (p. 15).

Es por ello por lo que el sujeto nunca abandona realmente la búsqueda de esa satisfacción mítica que perdió, sino que la desplaza continuamente. Como observaba Freud (1908), “nada le es tan difícil como la renuncia a un

placer que ha saboreado una vez”, puesto que “en realidad, no podemos renunciar a nada, no hacemos más que cambiar unas cosas por otras; lo que parece ser una renuncia es, en realidad, una sustitución o una subrogación” (p. 13).

Esto implica que las personas enlazan su vida a una serie de objetos sustitutivos, ya sean sus vínculos, profesiones, intereses o, en el terreno de la toxicomanía, el consumo de sustancias; es un intento de taponar esa falta original, aunque dichos objetos nunca logren clausurarla por completo. De Olaso (2018) complementa esta visión afirmando que “El deseo, residuo de la vivencia, quedará de ahí en más orientado por las marcas de ese goce perdido, procurando recuperarlo” (p. 218). Esta dinámica es precisamente lo que humaniza al sujeto. A diferencia de un animal que sacia su instinto y descansa, De Olaso (2018) menciona que “el deseo humano se presenta como irreducible a cualquier adaptación; a diferencia del animal, no se limita a una mera relación con el objeto”, agregando que “el sujeto —afirma Lacan— no satisface simplemente su deseo, goza de desear, y ésta es una dimensión esencia de su goce” (p. 218).

El objetivo último del deseo no es apagarse al encontrar una meta, sino mantenerse vivo. Como asevera Gallo (2011), el deseo se caracteriza porque “no puede ser satisfecho”, ya que su función esencial no consiste en “satisfacerlo sino en reproducirlo como deseo” (p. 102). Para sostener este circuito, el deseo no opera como una respuesta física confinada al instante presente. Lacan (1959) ofrece la definición conceptual para entender esta dinámica de perpetuo desplazamiento: “El deseo es la metonimia del ser en

el sujeto” (p. 32). Entender el deseo como una metonimia significa que siempre resbala; apenas roza un objeto, ya está apuntando hacia el siguiente.

Al ser una estructura ligada al lenguaje, el deseo también trasciende la inmediatez del estímulo físico y amarra la totalidad de la historia del sujeto en un continuo temporal. Freud (1908) describe esta mecánica:

La relación de la fantasía con el tiempo es, en general, muy importante. Puede decirse que una fantasía flota entre tres tiempos: los tres factores temporales de nuestra actividad representativa ... Así, pues, el pretérito, el presente y el futuro aparecen como engarzados en el hilo del deseo, que pasa a través de ellos. (p. 16)

En consecuencia, debido a las exigencias represivas de la cultura y a lo doloroso que puede resultar enfrentar esta falta estructural, el sujeto rara vez es consciente de las verdaderas coordenadas de su deseo. Como advertía Freud (1908), a menudo “nocturnamente se movilizan en nosotros deseos que nos avergüenzan y que hemos de ocultarnos a nosotros mismos, habiendo sido por ello reprimidos y desplazados a lo inconsciente” (pp. 17-18). El deseo, por tanto, permanece en gran medida opaco, actuando desde lo inconsciente.

Al comprender que el ser humano es impulsado por un deseo inconsciente e inextinguible que surge de una falta estructural, el terreno queda teóricamente preparado para abordar el núcleo del problema de investigación. Si el deseo está destinado a deslizarse de sustituto en sustituto, cabe preguntarse: ¿Qué ocurre cuando un sujeto descubre en el consumo de drogas un objeto real que promete silenciar la metonimia del deseo y clausurar

la falta de forma inmediata? Esta interrogante conduce al análisis de la problemática central en el siguiente subtema, donde se explorará cómo la toxicomanía opera como un cortocircuito en esta maquinaria deseante.

La función del tóxico como cortocircuito del deseo y obturador de la falta constitutiva

Tal como se estableció en la sección previa, el deseo en el ser humano responde a una hendidura o falta estructural; su dinamismo se activa, precisamente, ante la imposibilidad de la palabra para nombrar de manera exhaustiva la totalidad del ser. En tanto el sujeto habita inmerso en la red del significante, su recorrido vital se ve empujado a un tránsito incesante de un objeto sustituto a otro. La existencia misma, con sus afectos, proyectos y construcciones, se sostiene así sobre el despliegue de esta metonimia sin fin. Sin embargo, al situar el problema clínico de la toxicomanía, cabe preguntarse qué se trastoca en la economía psíquica cuando la persona se encuentra con un objeto concreto y al alcance de la mano, cuya fascinación reside en prometer el freno repentino de esa deriva angustiante y la anulación del vacío en un único movimiento.

En este punto exacto la sustancia cobra su verdadero peso: lejos de reducirse a un mero compuesto químico, irrumpe como una oferta de completud subjetiva. En el contexto de las adicciones, la droga se erige como una *falsa solución* al malestar existencial. Para comprender esta dinámica de forma cabal, resulta esclarecedor observar cómo el sujeto humano intenta lidiar con su falta estructural a través de la ilusión de completud, un fenómeno que se evidencia con claridad en el terreno de los vínculos amorosos, pero

cuya lógica es idéntica en la relación del toxicómano con la sustancia. En la búsqueda constante por dejar de sentir el vacío, el ser humano suele depositar en el exterior la esperanza de encontrar una pieza faltante.

Gallo Acosta (2011) lo ilustra magistralmente al explicar que “El amor se presenta como deseo al otro, *tú eres mi deseo o yo soy tu deseo*, pero inmediatamente de esa presentación llega el sufrimiento, este llega acompañado de una imposibilidad de completarse, de no poder alcanzar su alma gemela o su completitud” (p. 102). Esta imposibilidad es estructural, pues ningún objeto del mundo puede tapar un agujero que es de naturaleza simbólica. No obstante, el sujeto se resiste a aceptar esta carencia. Gallo (2011) añade que: “Pero como el amor es esperanza, hay sujetos que se quedan toda la vida esperando su complemento, aquel que los haga sentir completos, *llenos*, como dicen algunos, perfectos o el *ideal*, alguien para ser uno” (p. 102).

Si extrapolamos esta matriz conceptual al terreno del consumo, descubrimos que el sujeto con adicciones dirige esta misma exigencia absoluta hacia la droga. La sustancia se convierte en ese *complemento* ideal que no discute, que no exige palabras y que, por un instante fugaz, otorga la ilusión térmica de estar *lleno* o de ser *uno*. En la toxicomanía, el sujeto no consume simplemente una materialidad externa; consume la idea omnipotente de que la falta estructural puede ser clausurada. Es un intento desesperado de anular el abismo del que hablábamos en el subtema anterior, sustituyendo la incertidumbre de la vida por la certeza inmediata del tóxico. Para que esta relación adictiva se sostenga con tal fuerza, es necesario comprender cómo se estructura el escenario donde el sujeto y su objeto se

encuentran. El psicoanálisis nombra a este marco fundamental como el *fantasma*. El fantasma no es una simple ilusión pasajera, sino la ventana a través de la cual el sujeto organiza su realidad y sostiene su deseo.

Para comprender la manera en que el deseo queda capturado y fije su curso, resulta indispensable recurrir a la noción psicoanalítica de fantasma. Según Lacan (1959), “la función del fantasma es dar al deseo del sujeto su nivel de acomodación, de situación” (p. 28). Desde esta perspectiva, la inclinación subjetiva no responde a una elección voluntaria hacia una meta cualquiera; por el contrario, “el deseo humano tiene esa propiedad de estar fijado, adaptado, asociado, no a un objeto, sino siempre esencialmente a un fantasma” (Lacan, 1959, p. 28).

En la toxicomanía, sin embargo, la relación con el tóxico no debe confundirse con la articulación del objeto causa de deseo en el fantasma. Mientras que el *objeto a* fantasmático es un objeto velado, causa de deseo en tanto falta y mediado por el Otro, la sustancia irrumpe rompiendo esta lógica. Como señala Laurent (1993), el objeto droga no se aloja en la trama del fantasma, sino que produce “un cortocircuito que prescinde de la mediación del Otro” (párr.4), eludiendo la dialectización significativa. De este modo, la sustancia no viene a articular el deseo dentro de la matriz fantasmática, sino a obturar la dimensión de la falta.

Al prescindir del trayecto del significativo y evitar el paso por el Otro, el toxicómano establece un circuito cerrado fuera de la mediación del deseo hacia nuevos proyectos o lazos sociales, el sujeto utiliza la sustancia para congelar la pregunta por la falta. Al examinar la toxicomanía, Miller plantea

que “el recurso a la sustancia tóxica es precisamente utilizado para cerrarle al sujeto el acceso al problema sexual” (2026, párr. 2). Es decir, el tóxico opera como una maniobra que pretende obturar la confrontación con la castración estructural, evitando el trabajo subjetivo que exige la relación con la alteridad. Asimismo, conviene destacar que la toxicomanía no puede reducirse a una conducta de evasión o a un mecanismo de simple olvido o alivio. Desde la perspectiva clínica, el recurso al tóxico puede cumplir una función de estabilización singular para un sujeto, constituyendo en ocasiones una solución sintomática o una identificación rígida que no debe ser conmovida intempestivamente. Frente al consumo, Miller señala que “la toxicomanía presenta al analista un síntoma sobre el cual los efectos de verdad de la palabra pueden aparecer sin asidero” (2026, párr. 3). En consecuencia, la posición del tóxico en la economía psíquica constituye una variable incógnita, una X clínica, que debe despejarse y leerse con extrema prudencia en la dirección de la cura, evitando intervenciones apresuradas que desestabilicen las defensas del sujeto sin antes haber construido una vía de suplencia o elaboración simbólica.

Se produce entonces lo que denominamos un *cortocircuito*. Este cortocircuito nos obliga a introducir un concepto clínico fundamental que marca una frontera con el deseo: el goce.

Existe la creencia extendida de que el consumo en la adicción responde a una búsqueda desmedida de placer o a la máxima realización del deseo. Sin embargo, la lectura psicoanalítica invierte de manera radical esta premisa: la compulsión tóxica no constituye una manifestación de la vitalidad deseante, sino su anulación directa. Al examinar el modo en que el sujeto responde ante

el vacío, De Olaso (2018) retoma la enseñanza lacaniana para recordar que “el goce masturbatorio no es aquí la solución del deseo, sino su aplastamiento” (p. 218). Aunque este postulado se formuló originalmente para abordar la neurosis obsesiva, su valor diagnóstico resulta plenamente trasladable al campo de la toxicomanía. La sustancia inscribe en el cuerpo un goce autoerótico, solitario y ensimismado; frente a la irrupción de esta intensidad masiva y anestésica, la pregunta del sujeto por su ser, sus proyectos y su posición respecto al Otro queda enteramente silenciada.

El consumo, por lo tanto, no viene a dar una *solución* pacífica a la falta del sujeto; viene a aplastar el deseo. El goce opera como un exceso que satura los sentidos e incapacita al individuo para soportar la carencia necesaria que pone a trabajar al motor deseante. De esta forma, el adicto cambia la incertidumbre y el trabajo de desear por la certeza inamovible de gozar a través de la sustancia. Llegados a este punto, emerge una comprensión más profunda sobre la función activa que cumple la droga en la economía psíquica del individuo. No se trata simplemente de una debilidad moral o de un hábito incontrolable, sino de una maniobra de defensa.

Desear implica siempre un riesgo; implica angustia frente a lo desconocido, vulnerabilidad ante el Otro y, sobre todo, tolerar la frustración de que el objeto anhelado jamás será absoluto. Frente a *lo inquietante* de esta intemperie existencial, el sujeto prefiere retroceder. De Olaso (2018) describe con precisión este mecanismo defensivo: “...advertimos al mismo tiempo que este último [el goce] puede funcionar como una defensa, como una *coartada*, ante aquél [el deseo]” (p. 218). La droga es, en esencia, la coartada perfecta. Refugiado en la inmediatez del impacto químico y en la rutina agotadora de

conseguir la sustancia, el individuo se exime de la responsabilidad de hacerse cargo de su propia historia. Mientras se está bajo los efectos del goce tóxico, o en la persecución de este, no hay tiempo ni espacio psíquico para cuestionarse por las elecciones vitales.

El goce se erige como una barrera defensiva, un muro impenetrable que protege al sujeto de tener que enfrentarse a la falta y a las demandas del mundo simbólico. Es un *no* rotundo a las complejidades del desear. Sin embargo, esta defensa tiene un costo subjetivo y orgánico altísimo. Al renunciar al deseo (el cual siempre está anudado a la vida, al lenguaje y a los lazos sociales) y entregarse de lleno a la exigencia del goce sin límites, el sujeto cruza una frontera peligrosa.

El lenguaje y la ley cultural operan normalmente como un límite que protege al ser humano de sus propios excesos, permitiéndole vivir en sociedad y mantener su cuerpo a salvo. Pero en la toxicomanía, esa barrera es transgredida de manera sistemática. De Olaso (2018) profundiza en este empuje al recordar la noción lacaniana de la barrera como “aquello que separa al sujeto del goce” (p. 218). Cuando este límite colapsa, el sujeto queda atrapado en un territorio con “caracteres de inaccesibilidad, de oscuridad y de opacidad”, donde la sustancia no responde a una necesidad, sino a la “satisfacción no de la necesidad sino de una pulsión, que no es otra que la pulsión de muerte” (p. 218).

En este punto se sitúa el problema central de las adicciones graves. Al intentar tapar la falta mediante la sustancia, se rompe el límite que impone el lenguaje y el sujeto queda expuesto a la pulsión de muerte. De este modo, el

cortocircuito se completa: lo que inició como un intento por llenar el vacío interno se transforma en una repetición que desconecta al individuo de la realidad y deteriora de forma progresiva su propio cuerpo. El goce termina por desplazar al deseo. Sin la mediación simbólica, esa satisfacción anula la posibilidad de hablar sobre el propio sufrimiento y de sostener una posición frente a la vida. La dimensión singular del sujeto acaba sepultada bajo el automatismo del consumo, un obstáculo con el que la práctica clínica en salud mental tropieza a diario. Frente a esta realidad, resulta imprescindible examinar la respuesta institucional: la forma en que el sesgo normativo de los centros de rehabilitación, centrado en el control, suele obturar el despliegue del deseo en lugar de favorecerlo.

El eclipse del deseo singular por el peso de la identidad fija en las clínicas de rehabilitación

Tal como se ha expuesto, el goce tóxico impone una parálisis subjetiva que reduce la historia personal a la inmediatez del consumo. Cuando este sujeto, agotado por la compulsión y el estrago físico, cruza las puertas de una institución de salud mental o una clínica de rehabilitación, suele hacerlo buscando un alivio a su padecimiento. Sin embargo, es fundamental analizar con detenimiento el tipo de respuesta que el individuo encuentra en estos espacios. Lejos de propiciar un escenario para que el sujeto se interrogue sobre las causas profundas de su malestar, los discursos institucionales tradicionales suelen imponer un marco rígido que, paradójicamente, termina por sepultar aún más la pregunta por el deseo propio.

En este punto, es preciso delimitar que la clínica de rehabilitación genera efectos terapéuticos de gran valor, tales como homeostasis, el alivio de la angustia desbordante, el fortalecimiento de identificaciones adaptativas y la restitución del lazo familiar, sin embargo, cuando el tratamiento se agota en estos efectos, corre el riesgo de fijar o etiquetar al sujeto a una identidad rígida: *el adicto en recuperación*. La clínica analítica, en cambio, apunta a los efectos analíticos: conmueve dichas identificaciones e interroga la posición del sujeto frente a su propio deseo. Al ingresar al tratamiento, el paciente llega con una demanda estructural. Busca en la clínica (que encarna la figura del Gran Otro) un saber sobre lo que le ocurre; busca una respuesta cerrada que lo defina y lo alivie de la angustia de no saber quién es más allá de la droga. Muchas veces, las instituciones que siguen un esquema médico o moral responden a esta búsqueda entregándole simplemente que es un *enfermo* o un *adicto*. Al darle esta etiqueta prefabricada, el centro terapéutico toma un lugar de saber absoluto que termina bloqueando cualquier posibilidad de avanzar en el trabajo terapéutico. Respecto a este punto, Lacan (1960) nos explica que “la pregunta del Otro no debe responder como un oráculo definitivo, sino retornar al sujeto mediante la formulación del «Che vuoi?» (¿qué quieres?), ya que es esta interrogante la que «conduce mejor al camino de su propio deseo” (p. 815). ¿En lugar de permitir que el sujeto se enfrente a la incomodidad de ese Che vuoi?, el tratamiento tradicional le entrega una identidad empaquetada, eclipsando su singularidad. Esta dinámica se sostiene, en gran medida, sobre un enfoque que privilegia la conducta sobre la subjetividad.

Muchas de las clínicas operan bajo lo que podríamos denominar una *ética del amo*, donde el objetivo primordial es domesticar el síntoma mediante la exigencia de fuerza de voluntad, autocontrol y rectitud. En estos modelos, la recaída o la simple aparición del deseo terminan juzgándose como fallas de carácter o conductas desadaptadas que hay que corregir. Frente a esta postura, Lacan (1959) cuestiona el modo en que el pensamiento tradicional ignora la dimensión del inconsciente. Al revisar la propuesta aristotélica, advierte que equiparar el placer con el bien solo cobra sentido en "el interior de lo que denominaré una ética de amo" (p. 15). De este modo, la ética queda reducida a una exigencia de moderación y autocontrol sobre la conducta, una lógica cuya inconsecuencia resulta "absolutamente impactante" (p. 15) al intentar aplicarse al malestar de la persona.

Al forzar al sujeto a encarnar este ideal de *temperancia*, la clínica anula cualquier posibilidad de escuchar qué es lo que verdaderamente intenta decir el síntoma. Se asume, de manera equivocada, que el problema se reduce simplemente a la presencia de la sustancia, convirtiendo a la droga en el enemigo absoluto y centralizando todo el abordaje en la abstinencia física.

Al enfocarse de manera obsesiva en prohibir la sustancia, se evita que el paciente se enfrente a lo verdaderamente aterrador de su propia existencia. Esta maniobra institucional opera como un mecanismo defensivo, pues, tal como explica De Olaso (2018), la clínica tradicional suele recurrir a la "promoción del objeto fóbico" mediante la interdicción (p. 218). Bajo esta lógica, la prohibición recae sobre "un goce que es peligroso", en la medida en que enfrenta al individuo directamente con "el abismo del deseo como tal" (p.

218). La etiqueta de *exadicto* y la restricción física actúan, entonces, como un escudo que resguarda al sujeto de asomarse a dicho abismo deseante.

Este enfoque restrictivo se alinea con corrientes psicoterapéuticas que han desviado el descubrimiento freudiano original, al asumir equívocamente que la recuperación consiste en sustituir el objeto nocivo por objetos considerados “adaptativos”. Lacan (1959) cuestiona severamente esta postura al explicar cómo el psicoanálisis posfreudiano alteró el eje conceptual de la pulsión, pasando de entender la libido como *pleasure-seeking* a definirla erróneamente como *object-seeking* (p. 12).

Para el autor, esta orientación presupone la existencia de un objeto que estaría “de algún modo le estaría predestinado” al sujeto, una postura teórica que genera “desviaciones prácticas” en el abordaje clínico que resultan sumamente peligrosas (p. 12).

Creer que la cura consiste simplemente en reorientar al sujeto hacia buenos objetos (el trabajo, el deporte, la sobriedad) es desconocer la naturaleza misma de la falta estructural. La ausencia del tóxico no garantiza la aparición espontánea de un deseo vital. Lacan (1959) profundiza en esta ilusión clínica al explicar que, “si en lugar de hablar de libido o de objeto genital hablamos de deseo genital, tal vez se nos torne de inmediato mucho más difícil considerar como algo obvio que la maduración de ese deseo implique por sí sola esa posibilidad de apertura al amor”, o bien esa “plenitud de realización del amor, que parece haberse convertido en doctrinaria dentro de cierta perspectiva de la maduración de la libido” (p. 12).

Frente a la ausencia de la droga y la negativa a explorar el deseo singular, el sujeto queda atrapado en la necesidad de cumplir con las expectativas del sistema. Aquí entra en juego una peligrosa trampa de identificación. Como señala Álvarez (1995), “El deseo, entonces, aparece siempre en relación con el deseo del Otro”, de modo que “no es un deseo absolutamente propio” ni “un deseo elegido por el sujeto², sino “un deseo del deseo del Otro, que lo captura y lo determina” (p. 68).

El paciente asume la etiqueta rígida de adicto en recuperación para satisfacer la demanda de la clínica y de su familia. Intenta convertirse en el objeto que al Otro le falta, renunciando a su división subjetiva. Esta maniobra responde a la lógica del significante amo. Como explica Álvarez (1995), el falo funciona como “significante del deseo y emblema de toda falta”, surgiendo como “respuesta al enigma del deseo del Otro”; en este sentido, identificarse equivale a “pretender ser lo que al Otro le falta, es decir, lo que el Otro puede desear” (p. 70). Esta adopción de un personaje institucionalizado infla el narcisismo del Yo, eclipsando aún más la verdad del sujeto.

La clínica tradicional empuja al paciente a adoptar la postura de un héroe que lucha diariamente contra su enfermedad. Freud (1972) describe con ironía esta posición narcisista al hablar de “La majestad el yo, el héroe de todos los ensueños y de todas las novelas” (p. 18). Atrapado en esta novela de redención, el sujeto pierde la plasticidad necesaria para reinventarse. Se vuelve un personaje rígido, incapaz de tramitar su historia con la flexibilidad que permite la verdadera salud mental. Freud (1972) ilustra esta capacidad perdida indicando cómo “el adulto puede evocar con cuánta gravedad se entregaba a sus juegos infantiles” y, al comparar sus ocupaciones serias con

“aquellos juegos pueriles”, logra “rechazar el agobio demasiado intenso de la vida y conquistar el intenso placer del humor” (p. 13). Al encarnar dogmáticamente al *exadicto*, el sujeto queda inhabilitado para jugar con los significantes de su propia vida, asumiendo un agobio constante.

Tanto el consumo compulsivo como los rotulamientos institucionales operan bajo un mismo principio narcisista: rehuir de la falta constitutiva tras la búsqueda de una plenitud irreal. Cuando un centro de rehabilitación encasilla al paciente en una identidad fija, crea una ilusión de totalidad que termina desmoronándose. Sobre este punto, Gallo (2011) argumenta que la práctica clínica evidencia la cara narcisista del amor, cuya falla de origen es pretender borrar las diferencias para reducir a dos personas a una sola entidad (p.102).

El paciente que se asimila de forma absoluta a su diagnóstico busca esa misma ilusión de totalidad que clausura la carencia. Frente a esto, resulta imprescindible retornar al principio psicoanalítico que establece que la dinámica deseante es siempre metonímica y que su origen radica en la hendidura irreductible entre lo instintivo y la demanda articulada en el lenguaje (Gallo, 2011, p.102). Cuando los entornos clínicos tapan esta brecha constitutiva con mandatos rígidos y clasificaciones perpetuas, la verdad del deseo queda eclipsada por el peso del personaje institucionalizado.

Comprender el riesgo en que incurren los abordajes tradicionales al cronificar esta parálisis del sujeto constituye el paso previo y necesario para fundamentar una alternativa clínica genuina: un espacio capaz de desarticular el estigma y posibilitar la asunción de la falta, eje vertebrador del cierre de este capítulo.

Hacia el encauce del deseo mediante la asunción de la falta para habilitar al sujeto

Tras haber analizado cómo las instituciones tradicionales de rehabilitación corren el riesgo de cronificar el eclipse del sujeto mediante la imposición de identidades fijas, resulta indispensable plantear una alternativa clínica genuina. El individuo con consumos problemáticos que llega a buscar tratamiento suele dirigir una demanda de satisfacción absoluta, ya sea hacia la sustancia o hacia el saber médico, en un intento desesperado por obturar un vacío que, en realidad, es estructural y constitutivo. Frente a esta exigencia de completud, el encauce del deseo no responde a una asunción abstracta o a priori de la falta, sino que se hace posible al intervenir analíticamente sobre la transferencia. No se le exige al sujeto asumir la falta de antemano, sino que se aloja su sufrimiento para transformar la queja pasiva en una demanda de trabajo y posibilitar la construcción de un síntoma que localice su posición subjetiva.

Es precisamente en esa insuficiencia estructural donde se gesta la posibilidad de desear. Al respecto, Lacan (1959) sostiene que la vivencia deseante emerge justamente en ese intersticio o hendidura, manifestándose inicialmente ligada a las intenciones del Otro, marco en el cual la persona debe gradualmente inscribir su propia posición deseante (p. 26). Este intervalo no constituye un defecto de la personalidad que deba ser anestesiado por la droga, ni un fallo biológico que el médico deba corregir mediante fármacos o directrices conductuales. Por el contrario, el sujeto con consumos problemáticos, al confrontarse con este vacío ineludible, experimenta un profundo desamparo existencial. Sobre este punto, Lacan (1959) profundiza

al señalar que, frente a la enigmática e insondable voluntad originaria del Otro, el individuo queda desprovisto de herramientas psíquicas, estado de desvalimiento (*Hilflosigkeit*) que constituye el pilar de la vivencia traumática explorada en la clínica psicoanalítica (p. 26).

Este *Hilflosigkeit* o desamparo no debe leerse como una condena, sino como el punto de partida del trabajo analítico. El deseo solo logra encauzarse cuando quien consulta renuncia a exigir que un tercero, sea la sustancia, la institución médica o el propio psicólogo clínico, colme su vacío estructural. Es a través de la tolerancia de ese desamparo subjetivo que puede articularse una pregunta propia. Ahora bien, para dar paso a esta interrogación y permitir elecciones inéditas, se vuelve imprescindible encarar la castración simbólica. Desde este ángulo, la toxicomanía opera frecuentemente como un desmentido pertinaz de dicha falta, elevando al tóxico a la categoría de un objeto irreal destinado a obturar cualquier carencia. En este marco, Lacan (1959) argumenta que, en el ámbito del lenguaje y en la relación con el Otro, el significante que regula esta falta estructural y que siempre permanece sustraído es el falo (p. 32).

Hay que reconocer que este significante permanece sustraído de la cadena permite desmontar el espejismo de la droga como una respuesta totalizadora. En esta línea, Lacan (1959) sostiene que el falo funciona como una frontera estructural: al hallarse inmerso en el lenguaje, el ser hablante queda indefectiblemente confrontado con las vicisitudes clínicas de la castración (p. 32). Esta exposición a la falta no constituye un desenlace sombrío; por el contrario, inaugura una suerte de silencio ordenador en la psique. Se trata de abandonar la inercia del goce mortífero de la dosis para

dar lugar a un decir responsable, puesto que el recorrido analítico halla su horizonte final en la tramitación de esta carencia fálica, de forma independiente a la posición sexuada del sujeto (Lacan, 1959, p. 46).

Para precisar la coordenada teórica de este estudio frente a las diversas dimensiones del falo en la enseñanza lacaniana, esta investigación se delimita exclusivamente al falo como significante de la falta y regulador del goce fálico, dejando de lado su vertiente como objeto imaginario. En la clínica de los consumos problemáticos, Laurent (1993) subraya que no se trata de buscar una sustitución del objeto, sino que “nada, en la droga, nos introduce a otra cosa que un modo de ruptura con el goce fálico. No es una formación de compromiso, sino una formación de ruptura”. Al rechazar la mediación del significante y el trabajo de abordar la falta en el Otro mediante el semblante fálico, el sujeto toxicómano opera una vía de prescindencia: “mientras que la toxicomanía es un uso del goce fuera del fantasma, ella no toma sus caminos complicados del fantasma. Es un cortocircuito”. De esta manera, la sustancia ingresa como un *relevo* o atajo que busca dispensar al sujeto de la castración y del malestar en la sexuación”.

Para lograr este viraje clínico y rehabilitarse verdaderamente, el sujeto no puede limitarse a evitar el dolor de la falta mediante consignas conductuales o manteniendo a la sustancia meramente como un objeto fóbico y prohibido por la institución. Debe, ineludiblemente, atravesar la angustia que produce el encuentro con su propio abismo. Como señala De Olaso (2018), que el deseo se constituye “una vez franqueada la angustia, fundado en el tiempo de la angustia” (p. 219). El adicto intentaba rellenar ese vacío

estructural repitiendo el circuito autista de la dosis, un circuito que, al igual que la masturbación compulsiva, rechaza la apertura al Otro.

El tratamiento psicoanalítico, Como menciona Olaso (2018), invita al sujeto a habitar ese vacío, comprendiendo que “el sendero que ahora se va delineando entre el goce y el deseo no implica el atravesamiento o la transgresión de una barrera”, sino más bien “un agujero que es el lugar mismo de la angustia” (p. 219). Asumir la falta permite que este agujero deje de ser una fuente de angustia paralizante y mute hacia un motor que impulse nuevas vías de existencia. Al aceptar este vacío, la energía que antes se consumía ciegamente en la destrucción del cuerpo logra liberarse. Como señala Lacan en que se apoya la teoría analítica “por entero en la noción de libido, en la energía del deseo” (p. 12). El redireccionamiento de esta energía libidinal hacia la vida devuelve al deseo su movilidad constitutiva. Dicha estructura la sintetiza Lacan (1959) al plantear que “el deseo es la metonimia del ser en el sujeto; el falo es la metonimia del sujeto en el ser” (p.32). Entender el deseo como un movimiento constante que no debe frenarse ayuda a ver cómo el enganche con la sustancia paraliza al sujeto y apaga su vida psíquica. Por eso, la consulta clínica busca que el lenguaje vuelva a fluir para que la energía de la persona se dirija al trabajo, a sus relaciones y a sus proyectos propios.

Mediante esto, el sujeto logra reconfigurar su posición frente al fantasma destructivo que alimentaba la compulsión. Se rompe así la servidumbre a la descarga automática para conquistar un margen de flexibilidad y autonomía respecto a la propia historia. Freud (1972) grafica con agudeza esta posibilidad de metamorfosis al examinar el modo en que el artista trabaja sobre su conflicto: "El poeta mitiga el carácter egoísta del sueño

diurno por medio de modificaciones y ocultaciones y nos soborna con el placer puramente formal, o sea estético, que nos ofrece la exposición de sus fantasías" (p. 23). Al igual que el poeta mitiga y da una nueva forma estética a sus conflictos, el paciente en rehabilitación encauza su deseo cuando aprende a transformar la exigencia rígida del consumo, asumiendo que esa falta originaria es, en verdad, el único espacio donde reside su genuina capacidad de elegir.

Finalmente, este recorrido nos permite diferenciar radicalmente la necesidad biológica o la queja inicial del verdadero encauce. El viraje ético del tratamiento en adicciones consiste en apuntar a la singularidad, apostando por "Hacer que esa demanda se convierta en demanda de trabajo clínico para que se pueda hacer algo con ella y se alcance el deseo" (Gallo, 2011, p. 102). El espacio analítico no funciona como un depósito de contención moral; opera alojando el sufrimiento bajo la transferencia para que la queja inicial se transforme en demanda y abra paso a la construcción de un síntoma que permita el encauce del deseo. Como concluye De Olaso (2018): "De manera que el espacio del análisis también se construye entre goce y deseo, adquiriendo así valor operatorio" (p. 219). Es exactamente esta función transformadora, basado en la asunción de la falta y en el paso de la anestesia física al silencio creador de la palabra responsabilizada, la que fundamenta y abre el camino hacia la construcción metodológica de esta investigación, donde se analizarán las estrategias de intervención capaces de propiciar dicho encauce frente al fenómeno de la toxicomanía.

CAPÍTULO III

La palabra, la escucha clínica y la articulación del deseo en la rehabilitación de las adicciones

Tras haber analizado cómo los procesos identificatorios y las dinámicas colectivas intentan responder a la fragilidad del sujeto, la práctica clínica confronta un escenario donde el malestar toma una vía de descarga directa: el cortocircuito de la sustancia. En la experiencia con hombres adultos en proceso de rehabilitación en la ciudad de Guayaquil, el recurso al tóxico no se reduce a un problema orgánico o comportamental, sino que opera como un intento de silenciar la angustia y eludir la mediación del lenguaje, petrificando al individuo entre la inercia del acto compulsivo y la fijeza de las etiquetas sociales. Frente a esta suspensión de la dimensión deseante, la apuesta psicoanalítica interviene abriendo una pausa en la repetición.

La irrupción de la palabra frente a la compulsión en el sujeto toxicómano

Al concluir el capítulo anterior, se estableció que el encauce del deseo requiere que el sujeto asuma la falta estructural que lo constituye, renunciando a la ilusión de un objeto absoluto que logre obturarla. No obstante, en la realidad clínica de los sujetos que padecen toxicomanía y que ingresan a un proceso de rehabilitación en una clínica de adicciones de la ciudad de Guayaquil, esta huelga del deseo se presenta de forma severa. Antes de ser alojado por un espacio de atención, la persona se encuentra atrapada en una dinámica donde el tóxico opera como un cortocircuito que busca anular cualquier atisbo de malestar mediante el acto directo. En este escenario, la compulsión funciona como un automatismo ciego que rechaza la mediación del lenguaje. Al respecto, el Instituto del Campo Freudiano (1995) advierte que

“si el toxicómano vía su droga reitera efectivamente su ‘yo no pienso’, tenemos desde entonces que tener en cuenta que su toxicomanía, autotratamiento de un Yo ontológico, no depende del inconsciente sino de su rechazo repetido” (p. 22). De esta manera, el consumo se instala como una práctica en la que prescindir de la palabra es la regla fundamental. Como explica Salamone (2014), “el recurso a la droga se presenta frecuentemente como una respuesta corta y silenciosa que elude la mediación de la palabra, situando al sujeto en el terreno de la pura actuación” (p. 24). En esta inercia actitudinal, la experiencia del paciente se caracteriza por la parálisis de su dimensión deseante, pues “prima la ausencia de palabra, la ausencia de sujeto y un goce en exceso -a ser cercado-.” (García, 2005, p. 149).

Esta primacía de la actuación compulsiva no ocurre de manera azarosa, sino que cumple una función precisa de anestesia psíquica frente a lo insoportable de la angustia. Ante situaciones de dolor o desamparo, el individuo busca en la sustancia un atajo para eludir el trabajo de la representación y de la represión. En esta línea, Lora y Calderón (2010) señalan que “la droga tendrá una función de sustituto de la represión, intentará con ella no pensar y a la vez separarse de aquello que lo angustia” (p. 170). Sin embargo, esta maniobra defensiva atenta directamente contra la trama fantasmática que sostiene la ligazón del sujeto con el mundo. Cuando el malestar se silencia por la vía del tóxico, se produce un replegamiento que anula la posibilidad de anudar el dolor a los objetos y al discurso. Sobre este mecanismo, Moreno (2007) precisa que “con el dolor no hay lugar para la represión (que a través del fantasma sostiene todavía una relación con los objetos); el dolor produce, en cambio, un repliegue narcisista como

tratamiento de urgencia” (p. 314). Como consecuencia de este repliegue, el adulto sumergido en el consumo queda reducido a una dimensión puramente orgánica, desconectado de la alteridad. Tal como lo formula el Instituto del Campo Freudiano (1995), “el sujeto se autoexcluye como sujeto de la palabra si no es por la sustancia de su necesidad” (p. 32).

Es en este punto de degradación donde la intervención del centro o clínica de rehabilitación resulta indispensable para introducir un corte en la repetición. Para que un hombre adulto en rehabilitación comience a rescatar su condición de hablante, se exige un movimiento inicial que interrumpa la hegemonía de la sustancia sobre su cuerpo. En un primer momento, la intervención inicial debe atender el plano orgánico, entendiéndose que “en un primer momento es necesaria la desintoxicación que permita despegar al sujeto del objeto droga, única vía para dar lugar a la subjetividad” (García, 2005, p. 149). No obstante, la abstinencia física por sí sola resulta insuficiente si no se acompaña de una modificación en la lógica del tratamiento. La idea es que el espacio terapéutico funcione como un freno, un lugar donde el tóxico deje de ser la respuesta automática y comience a ser cuestionada. Sobre este punto, Galante (2018) señala que “por más presentaciones que haya al respecto la apuesta específica es dar lugar a la palabra y ubicar la droga en donde corresponde, como un problema a dilucidar” (p.55).

En este punto, es importante diferenciar entre el trabajo de la institución de rehabilitación y la escucha clínica con orientación psicoanalítica. Por un lado, el centro de rehabilitación cumple un rol fundamental de contención, promoviendo la desintoxicación, la estabilidad emocional y la reestructuración del entorno familiar y social, todo esto produce valiosos efectos terapéuticos

de alivio y estabilización. Por otro lado, la escucha clínica no se limita únicamente a la contención o a la adaptación del paciente. Su objetivo es generar efectos de subjetivación: permitir que el sujeto cuestione etiquetas rígidas como la de *adicto*, y se responsabilice frente a su propio malestar. De este modo, mientras la institución brinda el marco y la estructura de contención necesarios, la escucha clínica permite que el paciente pase de padecer pasivamente el consumo a preguntarse por su propia posición y decisiones.

Dar este paso resulta fundamental para quitarle fuerza a la urgencia por consumir, logrando que el paciente haga una pausa simbólica antes de simplemente actuar. De este modo, la práctica psicoanalítica apuesta por frenar la inercia del tóxico, pues “la apuesta clínica consiste en que la irrupción de la palabra detenga el cortocircuito del consumo, permitiendo que el sujeto pase de la urgencia del acto a la formulación de una pregunta sobre su padecer” (Salamone, 2014, p. 51).

Cuando el montaje de la compulsión se interrumpe por el ingreso a la institución, se abre una oportunidad para la reorganización de la economía psíquica. Al detener la acción que desgasta el cuerpo, la energía que permanecía estancada en el acto puede empezar a tramitarse mediante el lenguaje. Sobre esta transformación, Álvarez et al. (2014) sostienen que “cuando el montaje económico le falla o cuando es retirado abruptamente, es ocasión de posibilitar una economía de la pulsión, marcada en el orden del Lenguaje, dando lugar a esos decires subjetivos que se habían trasmutado en puro acto” (pp. 433-434). Este viraje exige revisar la idea simplista de lo que significa asumir la situación. Alcanzar una verdadera implicación no consiste únicamente en repetir un diagnóstico biológico o social, sino en lograr articular

en la sesión las encrucijadas personales. En palabras de González (2008), “la ‘conciencia de enfermedad’ no radica en reconocerse como adicto a alguna droga, sino en reconocer y articular en el lenguaje las dificultades internas que lo han llevado... a consumir drogas de una manera compulsiva” (p. 8). De esta forma, la palabra irrumpe como el medio para que el adulto en rehabilitación restablezca un lazo significativo con la clínica, permitiendo “constituir un campo de destinación al Otro que permita recomponer los trayectos pulsionales y elaborar un nuevo anclaje del cuerpo en el lenguaje” (Moreno, 2007, p. 316).

Ahora bien, la introducción del decir en el tratamiento no debe confundirse con una mera descarga catártica o con un hablar desbordado dentro del centro de rehabilitación. Para que el habla logre frenar la compulsión de manera efectiva, se requiere de un discurso que comprometa la historia del hablante y no de una narración superficial. Álvarez et al. (2014) aclaran esta distinción al señalar que “no se trata de una precipitación de palabras a modo de vaciamiento, se trata de un decir con sentido anudando historia, historizando, no una hemorragia de palabras y confesiones a manera de depósito de goce” (p. 434). El espacio terapéutico invita al sujeto a orientar el habla de modo que toque la verdad de su inconsciente. En este marco, Lora y Calderón (2010) enfatizan que “el psicoanálisis... procede más que por la vía de la palabra en el campo del lenguaje. Si existe una ética psicoanalítica esta no es otra que la ética del bien decir” (p. 155). Este bien decir supone bordear las fronteras de la propia expresión, comprendiendo que “frente a un síntoma analizable se tratará de referir el consumo al inconsciente, al uso de la lengua, dando lugar a los fracasos y a la incompletud de la palabra” (García,

2005, p. 151). Es precisamente en el reconocimiento de esos fallos y vacíos donde la ilusión de completud que otorgaba el tóxico comienza a perder su fuerza. Es preciso explicitar que la toxicomanía no constituye un síntoma analizable dado desde el inicio, sino una respuesta defensiva de goce en cortocircuito. La función de la palabra en la clínica no es analizar un síntoma preexistente, sino abrir el espacio necesario para construirlo, lo que permitirá descifrar aquello que se satisface en el nivel inconsciente y la función particular que cumple para el sujeto.

El paso del impulso ciego a la mediación de la palabra abre un camino reflexivo para el hombre en proceso de recuperación. Transitar desde la demanda de una solución mágica hasta la elaboración de una queja sobre el propio sufrimiento requiere tiempo y trabajo clínico. Tal como subraya Moreno (2007), “habrá entonces un largo trecho que remontar desde el momento en que un paciente llega a consulta para que lo liberen de su toxicomanía, hasta aquel otro en que *descubre una fuente enigmática de sufrimiento de la que puede quejarse*” (p. 316). Una vez que este malestar adquiere una dimensión enigmática, la escena del tratamiento se transforma. Aunque la relación terapéutica esté inicialmente envuelta en la inercia de la sustancia, el trabajo transferencial permite alojar la angustia para que el proceso acompañe al sujeto “...bajo la forma de su propia cuestión” (Álvarez et al., 2014, p. 435). De este modo, la pausa lograda mediante la irrupción de la palabra permite que el paciente pase de la inmediatez de la acción a interrogarse sobre su propia existencia (¿qué me pasa? o ¿qué quiero hacer con mi vida?). En última instancia, “el psicoanálisis lleva al sujeto a enfrentarse con la verdad de su deseo, que puede ser un deseo de sufrir, lo que no significa una liberación

del deseo, sino más bien que el sujeto se tome conciencia” (Lora & Calderón, 2010, p. 155). Sin embargo, al detener la compulsión y comenzar a hablar de su dolor verdadero, el paciente en rehabilitación se enfrentará de inmediato a la tentación defensiva de identificarse con el discurso y las etiquetas prefabricadas de la institución para aliviar su angustia, un fenómeno que se analizará detalladamente en el siguiente subtema.

El despliegue del discurso singular frente a la fijeza de la etiqueta de adicto

Al pausar el cortocircuito del consumo mediante el ingreso a la clínica de adicciones en Guayaquil, el adulto en rehabilitación experimenta la irrupción inicial de la palabra. No obstante, frente al desamparo y la angustia que emergen al suspender el tóxico, el sujeto tiende a buscar de inmediato un nuevo refugio simbólico para calmar su malestar. En este punto inicial, resulta sumamente común que el paciente recurra a las fórmulas prefabricadas que le ofrece el entorno social o la propia institución asistencial. Sobre este fenómeno, el Instituto del Campo Freudiano (1995) advierte que “se producen toxicómanos sin droga y esto es coherente con una sociedad de consumo” (p. 29). De esta manera, el rótulo de *adicto* o *drogadicto* no surge necesariamente del inconsciente del paciente, sino de los discursos dominantes que lo circundan. Como indica González (2008), al adoptar esta denominación, el paciente “seguramente es una reproducción del imaginario social que ha construido dicha denominación para todo aquel que consume drogas ilícitas” (p. 8). Esta asignación colectiva termina homogeneizando la experiencia del hablante a través de un entramado discursivo superpuesto. Al respecto, Moreno (2007) señala que “esta noción marcha encabalgada en la variedad

de discursos que la conforman: el médico, el jurídico, el psicológico, el etnológico; ninguno de los cuales logra conservar su especificidad, y termina entonces por abreviar en las aguas del vecino” (p. 313).

Esta confluencia de discursos institucionales le otorga al sujeto una respuesta cerrada sobre su ser, impidiéndole interrogar la causa profunda de su sufrimiento. Cuando el hombre en tratamiento asume pasivamente la frase *soy un adicto*, se protege detrás de un enunciado general que encubre su división subjetiva. Ante esta presentación inicial, el espacio clínico no debe validar dicho rótulo como un diagnóstico definitivo. Como sostiene González (2008), “cuando un joven o cualquier sujeto se instala frente a nosotros y nos dice que es un adicto, tendríamos que cuestionarnos y cuestionarlo a él o a ella sobre su discurso” (p. 8). Aceptar sin más esa denominación implica el riesgo de consolidar una identidad fija que invisibiliza las verdaderas razones de la adicción. En esta misma línea, Salamone (2014) enfatiza que “universalizar al sujeto bajo la etiqueta de 'toxicómano' implica el riesgo de aplastar su singularidad; el psicoanálisis, por el contrario, rescata la particularidad de la historia y de los significantes de cada hablante” (p. 32). Por consiguiente, la orientación clínica parte de una postura ética rigurosa que se niega a clasificar al individuo bajo un casillero estandarizado. Tal como lo formula Galante (2018), “partimos de un postulado ético: ‘No hay toxicómano’. Por supuesto hay individuos que consumen drogas, pero esta conducta no les da un ‘ser’ toxicómano. La primera indicación clínica entonces es no validarlos de ese modo” (p. 32).

Desmontar la validez de estas clasificaciones colectivas exige que la práctica clínica se distancie de los modelos médicos tradicionales que reducen

el malestar a un código o a un tipo de conducta. El diagnóstico psicoanalítico opera bajo una lógica radicalmente distinta, donde el centro del trabajo no es la sustancia en sí misma, sino la posición que ocupa el sujeto deseante frente a su padecer. Lora y Calderón (2010) precisan este fundamento al señalar que “el diagnóstico en psicoanálisis nunca es la adscripción de los malestares del paciente a un código predeterminado. El psicoanálisis, se ocupa del Sujeto, de un Sujeto dividido” (p. 151). Desde esta perspectiva, resulta erróneo construir una categoría universal que pretenda englobar a todas las personas que consumen. Como agregan Lora y Calderón (2010), “se sabe que, no existe el universal de ‘el drogadicto’, sino el goce particular de cada sujeto” (p. 164). Esta lectura impide que el tratamiento caiga en el error de cosificar la adicción mediante la creación de un objeto sustancializado que reemplace la pregunta por la historia del paciente. En palabras de Moreno (2007), “opino que todos aquellos abordajes psicoanalíticos de las toxicomanías que designan un ‘objeto-droga’ dentro de una relación con un sujeto, practican un forzamiento psicológico. No hay sujeto, para un tóxico ni para un ‘objeto-droga’” (p. 315).

Para que el adulto en rehabilitación pueda desprenderse de esa fijeza, es necesario intervenir sobre el lazo que establece con el centro de salud y con el personal terapéutico. Si el paciente solo cambia la adicción al tóxico por una obediencia ciega a las reglas o al lenguaje del centro, el sujeto sigue bloqueado. Sobre esto, Ortega (2010) advierte que “esto quiere decir que el sujeto no debe de ninguna manera estar incluido en una dependencia incondicional, a la institución o a un terapeuta” (p.7) Por eso, el trabajo clínico busca generar distancia de ese lugar de sometimiento para que la persona

pueda construir una posición propia. En este sentido, Ortega (2010) explica que “el rol del terapeuta es aquel que conduce poco a poco al deseo del paciente de construir una identidad diferente de aquella del drogadicto” (p. 7). Esta transformación requiere atravesar la máscara institucional para dejar escuchar la voz que permanecía silenciada tras la compulsión. Tal como plantean Álvarez et al. (2014), “hay que abogar por una apropiación de la demanda y una aparición del sujeto, de ese que se oculta tras el disfraz del toxicómano, hay que escuchar la aparición del tóxico en las palabras” (p. 434).

La verdadera emergencia del sujeto solo es posible en la medida en que el tratamiento permita desplegar la trama biográfica de quien habla, transitando desde la generalidad de la etiqueta social hacia la especificidad de los afectos, pérdidas y recuerdos de su historia personal. Este pasaje clínico es conceptualizado por García (2005), al señalar que “se apunta al pasaje de un universal, de un apelativo (drogadicto, toxicómano) a una singularidad sufriente” (p. 148). Así, la droga deja de ser un fenómeno abstracto y pasa a inscribirse en el entramado único de la vida del paciente, entendiéndose que “la función del tóxico opera en cada sujeto según las coordenadas subjetivas, según el modo en que cada uno haya armado un nudo singular” (García, 2005, p. 149). Al dar este viraje, el paciente recupera la posibilidad de nombrarse más allá del hábito del consumo. En esta línea, González (2008) remarca: “me interesa que la persona se reconozca como sujeto, como persona [...] que no se defina ni se describa por el objeto inerte que consume, sino por lo que es en su historia y sus palabras” (p. 8).

Al desarticular el discurso prestado y la jerga institucional, el adulto en rehabilitación logra abrir un espacio para que su deseo singular gane terreno.

Este movimiento exige renunciar a las respuestas enlatadas para comenzar a articular la verdad del inconsciente mediante significantes propios. Como afirma Salamone (2014), “para que el deseo singular pueda desplegarse, el sujeto debe desprenderse del saber empaquetado de la institución y empezar a nombrar su propio sufrimiento con sus palabras” (p. 68). Es en la reconexión con su trayectoria vital donde la palabra restituye su eficacia simbólica, “favoreciendo una transformación de ese montaje económico, de las toxicomanías, en una manifestación de algo más, en una alternativa de palear un sufrir, y así, ligado tal acto a la historia del sujeto, favorecer el pronunciamiento de su palabra” (Álvarez et al., 2014, p. 434). Mediante esta articulación de las vivencias personales, la vivencia del dolor adquiere un matiz abordable en la sesión. De acuerdo con Ortega (2010), “para un verdadero trabajo de reajuste de la historia del sujeto, tal como ella es vivida por él, una realidad más tolerable devendrá en él” (p. 8).

Esta labor de reajuste histórico implica que el hablante logre dismantelar los estereotipos comportamentales que solían definirlo ante los demás y ante sí mismo. De este modo, Moreno (2007) sostiene que “tal referencia, desde luego, pone a distancia todos los clichés comportamentales que hacen parte de la imagería sobre el toxicómano” (p. 316). Este movimiento desmonta la fijeza creada por el lenguaje alienante, pues en *Los tiempos del sujeto del inconsciente* se recuerda que “lo que se espera, justamente, del psicoanálisis, es que venga a deshacer por el habla lo que fue hecho por el habla” (p. 66). Al recuperar la voz propia sobre las ruinas de las definiciones ajenas, “el psicoanálisis es una verdadera alternativa para este sujeto, para que recupere su decir, para hacer de su síntoma pregunta hasta

desnudar la causa de deseo llegado el caso” (Zanghellini, p. 38). En este ejercicio de apropiación subjetiva, el hombre adulto se coloca en una posición de afirmación frente a su existencia, “afirmándose en su ser-para-la-muerte, decir que no, para afirmarse a sí mismo como singularidad, asumiendo su deseo propio” (Zanghellini, p. 24). En última instancia, la clínica demuestra su alcance al operar como una práctica orientada caso por caso, dado que “se trabaja sobre el concepto de sujeto, la causalidad sobre la posición del sujeto es una ciencia de lo particular, del caso por caso” (Lora & Calderón, 2010, p. 154). Sin embargo, para que el paciente en rehabilitación se atreva a abandonar esa etiqueta protectora y hablar de su dolor verdadero desde sus propias coordenadas biográficas, se requiere de un profesional que sostenga un espacio de escucha adecuado capaz de alojar la experiencia del desamparo.

Alojar la falta para sostener la posición deseante

Para que un hombre adulto en rehabilitación logre abandonar la etiqueta estandarizada de la institución y comience a transmitir su dolor verdadero desde sus propias coordenadas biográficas, es indispensable contar con un espacio terapéutico que sostenga una escucha distinta. Al desarmar el rótulo protector de *adicto*, el sujeto queda expuesto a la experiencia cruda del desamparo subjetivo (*Hilfflosigkeit*), una condición que antes intentaba tapar de forma abrupta mediante el tóxico. Como explica Galante (2018), “la toxicomanía es una operación real, sin intervención del registro simbólico, que soluciona la angustia a través de la incorporación de una sustancia en el organismo” (p. 39). De este modo, la droga funcionaba como una anestesia ante la falta. En esta misma línea, Lora y Calderón (2010)

señalan que “el sujeto puede recurrir al uso de una sustancia en un momento de desestabilización fantasmática o en un momento de vacío de respuestas frente a lo que es el deseo” (pp. 169-170). Cuando el recurso al tóxico se interrumpe, el abordaje del desamparo y la angustia no debe enfocarse únicamente en el vacío como un estado pasivo. Se requiere reforzar la consolidación de la relación transferencial, comprendiendo que alojar el sufrimiento del sujeto implica leer su malestar fuera de los parámetros normativos e ideales de la institución. Esto le permite construir una pregunta singular que inscriba su satisfacción inconsciente dentro de un trabajo clínico sostenido. Tal como observa González (2008), “esto es de vital importancia a la hora de nuestro trabajo con algunos pacientes, ya que desde sus primeros momentos de vida pueden haber sentido el desamparo, el maltrato y la devaluación” (p. 10). Frente a esta vivencia de desamparo, la primera función del espacio clínico consiste en ofrecer una acogida que atienda la fragilidad del sujeto antes de exigirle un decir estructurado. En las etapas iniciales de ingreso a una clínica de adicciones en Guayaquil, el deterioro suele impactar de manera directa en el plano orgánico. Sobre esta realidad, López (s.f.) destaca que los signos clínicos “señalan un cuerpo abandonado que requiere ser cuidado, hidratado, atendido en tanto organismo para que alguna dimensión de la palabra pueda surgir” (p. 259). Únicamente al atender esas necesidades básicas del cuerpo se construyen las condiciones para que la mediación simbólica tome lugar. En esa grieta que se genera al suspender el consumo, el paciente busca una referencia en la alteridad. Como plantean Álvarez et al. (2014), la intervención inicial parte de estar “esperando sin esperar, que en un corte de tal presencia-droga totalizadora, emerja cualquier

grito consternado al otro, para que, como dice Freud (1895) venga en su auxilio un asistente ajeno” (p. 433). Esta presencia orientadora transforma el espacio asistencial, entendiéndose que “es aquí donde la presencia de un analista en la guardia puede ofrecer un lugar distinto para ese sujeto que se presenta como desbrujulado” (García, 2005, p. 149).

Una vez establecido ese sostén inicial, la postura del profesional debe marcar un giro ético frente a los abordajes basados en el juzgamiento moral o en la reeducación del comportamiento. Si la clínica busca eliminar la angustia imponiendo normas rígidas o una abstinencia forzada, termina reproduciendo el mismo taponamiento que ejercía la sustancia. Al respecto, Salamone (2014) aclara que “la posición del analista no es la de un juzgador moral ni la de un maestro, sino la de una escucha capaz de alojar el desamparo del sujeto sin apresurarse a taponar la falta con un saber preconcebido” (p. 89). Este posicionamiento exige que la exigencia de abstinencia recaiga primeramente sobre el propio terapeuta. De acuerdo con Moreno (2007), el acto clínico implica “desplazar el problema de la abstinencia del paciente hacia aquella de la que siempre se trata en un análisis: la abstinencia del propio analista” (p. 316). Esta abstinencia exige no imponer los ideales ni las ambiciones del tratante sobre la vida del consultante. Como complementa Moreno (2007), el profesional debe “abstenerse de entrar en una rivalidad imaginaria con la droga... abstenerse, por lo mismo, de llamar a un ideal de abstinencia que achata la transferencia en mera impotencia y rivalidad” (p. 316). En lugar de centrar el tratamiento en una guerra frontal contra la sustancia, la escucha abre paso a la interrogación por la causa del malestar. Por esta razón, Álvarez et al. (2014) afirman que “las consideraciones expuestas denuncian que el

objetivo que generalmente aparece en los tratamientos para las adicciones ya no puede ser erradicar la droga, extirpar de un organismo un virus; las comprensiones logradas invitan a apelar por una demanda del sujeto” (p. 434).

Esta renuncia a los procedimientos correctivos sitúa el trabajo clínico en una dimensión ética y no puramente técnica. El psicoanálisis no busca adiestrar la conducta del adulto en rehabilitación para adaptarlo dócilmente a las normas institucionales, sino guiarlo hacia la responsabilidad de su propia posición deseante. Tal como sostienen Lora y Calderón (2010), “la respuesta del psicoanálisis al malestar producido por la civilización es una respuesta ética. La ética es algo que se opone a cualquier procedimiento técnico” (p. 155). Siguiendo este principio, la escucha no se enfoca en quitar la droga mediante la imposición, sino en indagar la función que esta cumplía en la economía psíquica del individuo. En palabras de López (s.f.), “el practicante del psicoanálisis se pregunta primeramente sobre el uso que el sujeto hace de la droga, antes que sobre los medios para quitársela” (p. 259). Este abordaje permite tratar el sufrimiento sin reducir al hablante a una etiqueta patológica. Como precisa López (s.f.), “en psicoanálisis un sujeto no es alcohólico ni adicto, tiene una relación con el alcohol o las drogas. Lo que importa es el goce oscuro que deviene problemático, sobre el cual se interrogará para hacerse responsable” (p. 258). De este modo, se cuestiona el afán de reeducación conductual para dar lugar al decir único del paciente. Sobre esta diferencia, Naparstek (2005) distingue el modelo conductista de la atención a lo propio de cada paciente: “El punto es si se va a tratar de adaptar a la gente bajo un estilo conductista, donde se le intenta enseñar lo que tiene

que hacer en cada ocasión, o si se va a tomar la singularidad de cada sujeto” (p.9).

Dar espacio a esa parte única en el adulto en rehabilitación exige construir un vínculo donde el dolor pueda expresarse con palabra. De esta manera, la persona logra nombrar lo que siente en lugar de intentarlo tapar con el consumo. Como señala González (2008), “esta contención y sostenimiento puede ir dando lugar poco a poco al reconocimiento de determinadas emociones y sentimientos en determinados momentos por parte del paciente” (p. 9). Esta elaboración paulatina le devuelve a la sesión su valor como un espacio de transformación subjetiva. Sobre este proceso, Álvarez et al. (2014) destacan que “los hallazgos, reflexiones, cuestionamientos o propuestas aquí planteadas, adquirirán su valor real en la medida que devuelvan sobre un pensamiento clínico y una comprensión de lo que cada sujeto pueda hablar en la relación transferencial” (p. 430). En este vínculo, el profesional se ofrece como destinatario de una voz que busca dirección sin apresurarse a ofrecer explicaciones basadas en la lógica común.

De acuerdo con el Instituto del Campo Freudiano (1995), “no hay apuro por interpretar el sentido del comportamiento, que sería completamente alienado en el sentido común, por el contrario, se intenta de venir el otro de una demanda” (p. 31). Esta escucha acoge una búsqueda que trasciende las exigencias de adaptación puramente colectivas, ya que, como añade el Instituto del Campo Freudiano (1995), “no nos negamos, pero aclaramos que la verdadera demanda, aquella que llama al analista, se dirige a un otro lugar, por fuera de la comunidad” (p. 31).

Al brindar esta escucha diferenciada, el espacio psicoterapéutico acompaña al sujeto a confrontarse con la inexistencia de un objeto capaz de colmar de forma definitiva la falta estructural. Pretender llenar ese vacío mediante respuestas preconcebidas o soluciones sustitutivas solo perpetúa la parálisis del deseo. Sobre esta trampa de la completud, Moreno (2007) interroga que si acaso son “suplementos imaginarios intentan acomodarse a la angustia causada por una falta que no se colma nunca” (p. 315). Aceptar la imposibilidad de esa satisfacción absoluta es la condición para que el paciente asuma la incompleta naturaleza de su ser. Tal como afirman Lora y Calderón (2010), “esa imposibilidad del todo en psicoanálisis es el sujeto en falta hablar del no todo” (p. 165). En lugar de sofocar la angustia con recetas morales, la escucha bordea ese vacío para que opere como el motor de una nueva postura deseante. En palabras de Salamone (2014), “sostener la escucha clínica implica ofrecer un espacio donde la angustia frente al vacío no sea anestesiada, sino bordeada simbólicamente para dar paso a la asunción de la posición deseante” (p. 114).

En última instancia, el alojamiento del desamparo y la asunción de la falta abren la posibilidad para que el hombre adulto en rehabilitación formule una respuesta propia frente a su existencia. La escucha clínica renuncia a imponer un libreto estandarizado para la recuperación o una norma generalizada sobre el bienestar. Como recuerda Naparstek (2005), “Freud no duda en responder que no existe la mejor respuesta y que cada sujeto debe encontrar la suya” (p. 25). Al desmarcarse de las fórmulas colectivas, el proceso analítico devuelve al consultante la responsabilidad ética de construir sus propios modos de satisfacción. En este sentido, Naparstek (2005) subraya

que “ninguna regla vale para todos; cada uno debe buscar por sí mismo la manera en que pueda ser feliz” (p. 25). Una vez que el sujeto tolera la falta constitutiva y asume su posición deseante mediante la palabra, la energía psíquica (libido) que permanecía estancada en la inercia del consumo vuelve a ponerse en movimiento, posibilitando la reactivación de proyectos futuros, la reconfiguración de los lazos afectivos y la reinención de la vida diaria.

La articulación del deseo y sus efectos subjetivos

Al finalizar el recorrido del apartado anterior, quedó establecido que la posibilidad de alojar el desamparo y asumir la falta constitutiva abre paso a que la energía psíquica (libido), antes estancada en el consumo, vuelva a ponerse en movimiento. Sin embargo, para valorar el impacto subjetivo de este viraje en los hombres adultos en proceso de rehabilitación en una clínica de adicciones en Guayaquil, resulta indispensable contrastarlo con el estado previo de apatía y aislamiento que impone la adicción. En el momento de consumo activo, el individuo se repliega en una satisfacción cerrada que prescinde de las leyes de la palabra y de la alteridad. Como advierte Naparstek (2005), “A mi gusto, el verdadero toxicómano muestra de una manera patética que, con su patología prescinde del Otro del lenguaje, y busca una operación que no pase por allí, que prescinde del sexo” (p. 24). Mediante este intento de eludir el lenguaje y la relación con el sexo, la sustancia degrada la dimensión subjetiva, haciendo que la persona trate a su psique como una masa inerte. En este sentido, Moreno (2007) explica que “el toxicómano, embebido en el tratamiento de la psique como una cosa, cesará de interesarse en sus objetos de amor y se procurará satisfacciones que prescinden del circuito pulsional y del rodeo necesario por el Otro” (p. 314).

De este modo, la práctica adictiva “pretende librar al individuo de los efectos del lenguaje que lo determina y fijarlo en una condición que le permita borrar la discordancia, también constitutiva, respecto de la propia imagen” (Moreno, 2007, p. 315). Es precisamente al suspender este intento de borrar la discordancia subjetiva cuando la cadena de palabras vuelve a ponerse en circulación dentro del espacio terapéutico.

Cuando el trabajo terapéutico quiebra esa parálisis narcisista, la fijación al tóxico comienza a ceder para devolverle al sujeto la flexibilidad del pensamiento y del deseo. En la dinámica compulsiva, el tóxico operaba como un “objeto que impide el desplazamiento de la cadena de significante, de manera que calla al sujeto del inconsciente, y el objeto a pierde su estatuto de causa de deseo” (Lora & Calderón, 2010, p. 170). Al silenciar al sujeto del inconsciente, la sustancia degradaba la causa del desear a una mera necesidad biológica. No obstante, al restituir la función de la palabra en la sesión, la cadena significante recupera su dinamismo originario. Al respecto, Lora y Calderón (2010) señalan que “El deseo está ligado a la cadena de significante y por ende a sus permutaciones, por eso es muy móvil, es dúctil, plástico al significante” (p. 166). Esta ductilidad y movilidad significativa es la que permite al adulto en rehabilitación abandonar la fijación destructiva con la droga para reorientar su energía vital hacia la invención de nuevas respuestas personales. En palabras de Salamone (2014), “cuando la palabra sustituye al objeto de consumo, el deseo recupera su curso metonímico, permitiendo al individuo inventar nuevas respuestas en el ámbito del trabajo, la creación y el amor” (p. 185). De esta manera, el desplazamiento metonímico del deseo

sustituye la inercia del tóxico por la construcción activa de metas afectivas, laborales y creativas.

Este paso de la anestesia a la reactivación del deseo exige que el paciente asuma una postura ética y responsable frente a su propio malestar, desmarcándose de los modelos reduccionistas que atribuyen la adicción únicamente a un desequilibrio físico. Sobre este punto, López (s.f.) aclara que “La referencia química y el organismo enmascaran la relación subjetiva con el consumo de sustancias. El efecto de la droga siempre es singular” (p. 257). La clínica psicoanalítica demuestra que el sufrimiento no deriva mecánicamente de la sustancia, sino de cómo el discurso se ha grabado en la corporalidad del hablante, comprendiéndose que “Es la incidencia del lenguaje en el cuerpo, lo que induce goce y aparece en el psiquismo como pensamiento, nunca como resultado de una sustancia en el cuerpo” (López, s.f., p. 258). Por lo tanto, el individuo en recuperación “encontrará su determinación en la posición subjetiva que se despliega a partir de la descripción de esas escenas de consumo que deberá revelarse en el dispositivo” (López, s.f., p. 257).

Reconocer esa posición implica desarmar la creencia de que existe un objeto real capaz de colmar todas las expectativas vitales, entendiendo que “La salida de las toxicomanías implica creer que un objeto en sí puede cancelar definitivamente la relación del sujeto con su falta” (Galante, 2018, p. 75). Al romper con esa ilusión de satisfacción completa, el tratamiento no propone una mera descarga verbal, sino un saber hacer con la pulsión. En la clínica con toxicomanías, “no se trata de pasar del hacer al decir, sino más

bien de otro modo de hacer con eso, o en todo caso, de cambiar de un decir como mera articulación significativa a un decir que implique una resonancia pulsional” (Gasquet et al., 2021, p. 153). De esta manera, “Se trata de abrir una vía para el ser hablante, en la que este pueda delimitar el uso, la función/las funciones que el consumo cumple para él” (Gasquet et al., 2021, p. 153). Al bordear este uso sin intentar justificarlo con explicaciones morales, “lejos de intentar otorgar un sentido a un goce opaco y refractario, la perspectiva lacaniana conduce a un *parlêtre* responsable de su modo de gozar” (Gasquet et al., 2021, p. 153). Esta responsabilidad éticamente asumida le permite al adulto tomar conciencia de su historia, buscando “que el sujeto se tome conciencia y sea responsable de la posición que ocupa como sujeto en el deseo del Otro” (Lora & Calderón, 2010, pp. 155-156). La asunción de esta responsabilidad subjetiva tiene como efecto inmediato la reconstitución del lazo social y afectivo, rompiendo el aislamiento al que conducía la inercia del tóxico. Frente al vacío dejado por la interrupción del consumo, el espacio terapéutico actúa como un puente simbólico para que “venga en su auxilio un asistente ajeno, que como en esa primera vez, le intente devolver algo de sí mismo y algo de los otros, promisión nuevamente del lazo fundamental” (Álvarez et al., 2014, p. 433). Esta relación terapéutica ofrece la contención necesaria para “procurar tejer sentidos de eso sentido que se anestesió mediante el montaje tóxico, procurar sacarlo del goce en el ofrecimiento de una relación, primeramente” (Álvarez et al., 2014, p. 434). Esta posibilidad de reconectar con la alteridad trasciende el espacio de la consulta e impacta directamente en el entorno familiar del paciente.

Para los hombres adultos en rehabilitación, la recomposición de los vínculos afectivos requiere que la familia también transforme la mirada que sostiene sobre ellos. En la dinámica relacional, “en la base está la mayor o menor capacidad de estos para ver a su hijo como una persona independiente, con sus propios deseos, emociones y angustias” (González, 2008, p. 10). Cuando este reconocimiento de la independencia subjetiva se produce, el proceso de sanación propicia “Momentos de encuentro cargados afectivamente que transforman los conocimientos relacionales implícitos de cada uno de los componentes” (González, 2008, p. 10). Así, la reinversión del lazo afectivo y social se convierte en la meta más representativa de la recuperación, demostrando que, como sostiene Salamone (2014), “El verdadero efecto terapéutico no concluye con la simple abstinencia del tóxico, sino con la restitución de la movilidad del deseo y la capacidad del sujeto para reinvestir el lazo social” (p. 142).

En última instancia, el encauce del deseo mediante la palabra permite que el paciente en rehabilitación sustituya el automatismo de la adicción por la construcción activa de nuevos proyectos de vida. La intervención clínica busca que, “en ausencia del modo de solución que el sujeto inventa mediante el recurso tóxico, es precisamente favorecer nuevas posibilidades” (Álvarez et al., 2014, p. 433). A través del acompañamiento analítico, el terapeuta y el consultante trabajan de forma compartida, ya que “Ya desde estos primeros momentos se va creando una relación entre nosotros en la que intentamos co-construir un nuevo estilo de vida para F. en el que el alcohol no sea su solución” (González, 2008, p. 8). En esta co-construcción de un nuevo modo de vida, la sustancia pierde su posición de tirano absoluto sobre la economía

psíquica y pasa a ser relativizada. Sobre esta transformación del estatuto del tóxico, Naparstek (2005) reflexiona: “Hemos visto cómo podía ser un remedio, pero también, un veneno. Hemos visto cómo puede no aparecer como un síntoma o ser un síntoma más entre otros” (p. 28). Al despojar a la droga de su carácter de respuesta única, la experiencia clínica se consolida mediante “el anclaje en una práctica clínica que tiene la virtud de reinventarse y de propiciar elaboraciones teóricas novedosas para nombrar los acontecimientos inéditos del acto analítico” (Moreno, 2007, p. 316).

Con este recorrido concluye el desarrollo del Marco Teórico de la investigación. Se ha demostrado que la función de la palabra en la clínica de adicciones con hombres adultos en la ciudad de Guayaquil no se agota en la consecución de una abstinencia orgánica o en la adaptación de la conducta. La verdadera contribución de la palabra radica en abrir un paréntesis frente a la compulsión, permitir el despliegue de un discurso singular despojado de etiquetas institucionales, alojar la falta en la experiencia del desamparo y, finalmente, restituir la movilidad metonímica del deseo. De este modo, la intervención analítica transforma a un sujeto anestesiado y atrapado en la inercia del tóxico en un sujeto deseante, capaz de asumir la responsabilidad de su goce y de inventar un proyecto de vida singular orientado hacia el amor, el trabajo y los lazos sociales.

CAPÍTULO IV

Metodología

Enfoque

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo, en directa coherencia con el objetivo central de analizar la importancia de la función de la palabra y el encauce del deseo en hombres adultos en proceso de rehabilitación por toxicomanía en una clínica de adicciones de la ciudad de Guayaquil. Este enfoque resulta idóneo en tanto no persigue la medición objetiva de variables ni la cuantificación de conductas, sino la aproximación y comprensión en profundidad de las experiencias subjetivas, los significados y las manifestaciones del inconsciente que emergen en el discurso de los participantes a lo largo de su trayectoria clínica.

Dado que la función de la palabra y las vicisitudes del deseo escapan a los procedimientos de medición estandarizada o a esquemas de control numérico, la metodología cualitativa permite abordar la complejidad de los procesos emocionales y relacionales implicados en la toxicomanía. En lugar de reducir la problemática a datos cuantificables o a la mera observación de la abstinencia física, se prioriza la singularidad de cada caso y la manera en que los sujetos interpretan su sufrimiento. En este sentido, la investigación cualitativa se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, significados y vivencias dentro de su propio contexto (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 358). Asimismo, la elección de esta aproximación resulta fundamental para explorar fenómenos

ligados a la subjetividad, el sentido y las posibilidades de simbolización, en estrecha articulación con la orientación psicoanalítica del estudio. El abordaje de las adicciones exige reconocer cómo las producciones singulares del sujeto interactúan con las demandas y discursos institucionales que lo atraviesan, considerando que “la experiencia subjetiva se entreteje en una red de controles y normas sociales” (Flores, 2007, p. 1). Por ello, alejarse de la etiqueta rígida del *dependiente químico* y dar espacio al decir singular del paciente constituye la vía metodológica para interrogar la función que cumplía el consumo en su economía psíquica, respaldando la premisa de que en los centros o clínicas de rehabilitación, el “estudio de la experiencia subjetiva permitirá reorientar las estrategias de intervención” (De San Jorge-Cárdenas, 2021, p. 3) En suma, el enfoque cualitativo permite analizar cómo la irrupción de la palabra en la relación transferencial posibilita el tránsito del automatismo del acto a la responsabilidad de un decir, favoreciendo el encauce del deseo y la reconstrucción del lazo social. Se parte de la premisa clínica de que, en el discurso tropezado, en las fisuras del habla y en la asunción de la falta constitutiva, algo del inconsciente se pone en juego, permitiendo que el sujeto responda por su propia historia más allá de la inercia del recurso tóxico.

Paradigma

El paradigma que sustenta este estudio es el interpretativo-hermenéutico, el cual se orienta a la comprensión de los fenómenos sociales a partir de la experiencia y perspectiva de los propios involucrados. Como señala Maldonado (2023), “este enfoque es conocido también como un método que permite comprender, entender e interpretar el sentido y significado de los actos humanos” (p. 10564). Esta postura resulta idónea para

la aplicación de grupos focales grabados en audio, ya que la investigación no pretende medir datos numéricos ni controlar conductas de manera objetiva, sino escuchar y analizar la palabra circulante de los hombres en rehabilitación, rescatando la singularidad de sus vivencias y la manera en que el discurso permite el encauce del deseo dentro del proceso clínico.

Método

Se adoptó un método de tipo descriptivo. Este tipo de estudio resulta pertinente, ya que permite detallar las características y dinámicas particulares de un grupo social a partir de la información recolectada en su propio contexto. Según Hernández Maldonado (2023), las investigaciones bajo esta orientación «se centran en la descripción y comprensión de lo particular, lo singular de los fenómenos» (p. 10570). La elección de este método permite analizar los datos obtenidos a través de las grabaciones de audio del grupo focal, detallando cómo la palabra circula y cobra un sentido único para cada participante. De este modo, se busca describir cómo la función de la palabra y el encauce del deseo intervienen en la experiencia subjetiva de los hombres adultos en proceso de rehabilitación por toxicomanía en la clínica de adicciones de Guayaquil.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para la recolección de datos en la presente investigación se utilizó la técnica del grupo focal, la cual permitió generar un espacio de diálogo para explorar las vivencias de los participantes desde su propia experiencia en el proceso antes de y durante rehabilitación. Al respecto, Martínez y González (2015) señalan que “los grupos focales constituyen una técnica relevante de

recolección de información en los procesos de investigación cualitativa, ya que establece un acercamiento personal con las y los participantes de ese proceso” (p. 14). Como instrumento se diseñó una guía de preguntas semiestructurada con interrogantes abiertas. Este instrumento sirvió como un eje orientador para explorar las percepciones y vivencias de los integrantes, permitiendo enfocar la conversación hacia la función de la palabra y el encauce del deseo en su trayectoria clínica. El grupo focal se llevó a cabo de manera presencial con un grupo de hombres adultos en proceso de rehabilitación por toxicomanía en una clínica de adicciones de la ciudad de Guayaquil. La sesión fue registrada mediante grabación de audio, previo consentimiento de los asistentes, lo cual permitió conservar de forma precisa los relatos hablados para su posterior transcripción y análisis cualitativo.

Población

La población con la que se trabajó en la presente investigación estuvo conformada por un grupo de 6 hombres adultos que se encontraban en proceso de rehabilitación en una clínica ubicada en la ciudad de Guayaquil. Al respecto, Torres y Paz señalan que “se llaman unidades estadísticas o individuos a los elementos componentes de la población estudiada” (p. 2), por lo que esta delimitación permitió enfocar el análisis en un conjunto de sujetos inmersos en una misma realidad institucional y clínica. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo intencional y de acuerdo la disposición de participación de los usuarios. Asimismo, previo a su integración en el estudio, a cada uno de los participantes se le entregó un consentimiento informado para poder garantizar el manejo confidencial de sus datos y también el resguardo de su identidad en todo el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO V

Presentación y Análisis de Resultados

Presentación de resultados

El deseo de esta investigación surge a partir de las vivencias y observaciones recabadas durante el periodo de prácticas preprofesionales realizadas en dicha institución durante el año 2025. El contacto cotidiano con los usuarios en el espacio de rehabilitación permitió identificar inquietudes y temáticas recurrentes en sus discursos, lo que motivó la necesidad de explorar de manera rigurosa la función de la palabra y sus experiencias subjetivas a lo largo del proceso terapéutico.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos mediante el grupo focal realizado a seis hombres adultos en proceso de rehabilitación por toxicomanía, sobre los cuales se efectúa el análisis correspondiente en función de las categorías de análisis establecidas.

Esta información resulta fundamental para la investigación, puesto que aporta elementos relevantes para comprender la experiencia subjetiva de los participantes, orientándose a dilucidar la función de la palabra y el encauce del deseo en el ámbito clínico y de rehabilitación.

Garantizando los principios éticos y el resguardo de la confidencialidad estipulados en el consentimiento informado, la identidad de los participantes se mantiene en anonimato. Por este motivo, se asignará a cada participante una codificación expresada de la siguiente manera: Sujeto 1, Sujeto 2, Sujeto 3, Sujeto 4, Sujeto 5, Sujeto 6. De igual manera, como marco orientador para

el análisis e interpretación del discurso, se estructuró una matriz de categorías analíticas con sus respectivas definiciones conceptuales.

Tabla 1 Tabla de operacionalización de variables

Categorías	Subcategorías	Definición conceptual	Definición operacional	Preguntas
Función de la palabra	El lenguaje como estructura y la palabra como acto	“no hay causa sin esa palabra final que cierra el bucle. Y la condición de la historicidad del sujeto es el lenguaje y la combinatoria de la cadena signifiante” (Zanghellini, 2008, p. 42). “Es ciertamente esta asunción por el sujeto de su historia, en cuanto que está constituida por la palabra dirigida al otro, la que forma el fondo del nuevo método al que Freud da el nombre	Grupo focal con hombres adultos en proceso de rehabilitación	¿De qué manera siente usted que las palabras o frases de personas importantes en su vida han ido marcando su historia y este proceso de rehabilitación que recorre hoy?

	de psicoanálisis” (p. 249)			
	El Decir en la Implicación Subjetiva	“formación de síntoma comprende no sólo el retorno de lo reprimido en forma de ‘formaciones substitutivas’ o de ‘formaciones de compromiso’, sino también las ‘formaciones reactivas’” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 165).	Grupo focal con hombres adultos en proceso de rehabilitación	¿Cómo se explica usted la causa o el origen del malestar que lo inducía al consumo?
	La palabra vacía y la palabra plena en la clínica del malestar	A esto, Jacques Lacan lo llamó "palabra vacía", caracterizándola como un discurso donde el hablante parece "hablar en vano de alguien que, aunque se le pareciese hasta la confusión, nunca se unirá a él en la asunción de su	Grupo focal con hombres adultos en proceso de rehabilitación	¿Cómo describe usted a un paciente antes de la rehabilitación cómo describe a un paciente en rehabilitación?

		deseo" (2009, p. 246) La palabra plena funciona como esa antigua franqueza: desarma los significantes amos (S₁) que ataban al sujeto a una identidad fija ("el adicto") y golpea el narcisismo del yo que se quejaba de todo. Al quitarle al Otro el lugar de dueño de la verdad, el paciente entiende que ni el médico ni su familia tienen la respuesta sobre su ser. Pero esta verdad no es un saber total; como recuerda Salamone (año) a la verdad "solo se la puede medio decir" (s.f., p. 35).		
--	--	--	--	--

Encauce del deseo	La naturaleza del deseo en el psicoanálisis desde la necesidad orgánica hasta la falta estructural “la demanda se opone a la necesidad, por ser la primera una cuestión de palabras que va más allá de la necesidad instintual” (Gallo Acosta, 2011, p. 101). “El deseo — escribe Lacan en 1960— se esboza en el margen donde la demanda se desgarrar de la necesidad. Siempre presente y al mismo tiempo evanescente, el deseo es precisamente aquello que no puede ser nombrado en las prolijas demandas” (Álvarez, 1995, p. 70).	Grupo focal con hombres adultos en proceso de rehabilitación	Mirando hacia atrás, cuando aparecía ese impulso de consumir... ¿qué era lo que usted sentía que estaba buscando en ese instante?
	La función del tóxico como cortocircuito del deseo y	“el goce masturbatorio no es aquí la solución del deseo, sino su aplastamiento”	Grupo focal con hombres adultos en proceso de rehabilitación ¿Qué lugar o qué papel representa el consumo frente a sus problemas o decisiones del día a día?

	obturador (De Olaso, 2018, p. 218). de la falta constituti va "...advertimos al mismo tiempo que este último [el goce] puede funcionar como una defensa, como una coartada, ante aquél [el deseo]" (De Olaso, 2018, p. 218).
El eclipse del deseo singular por el peso de la identidad fija en las clínicas de rehabilitación	“La pregunta del Otro no debe responder como un oráculo definitivo, sino retornar al sujeto mediante la formulación del «Che vuoi?» (¿qué quieres?), ya que es esta interrogante la que «conduce mejor al camino de su propio deseo” (Lacan, 1960, p. 815). Grupo focal con hombres adultos en proceso de rehabilitación ¿Qué o quién siente usted que es el motor principal que lo sostiene en este proceso de rehabilitación?

	“El deseo, entonces, aparece siempre en relación con el deseo del Otro [...] no es un deseo absolutamente propio [...] sino un deseo del deseo del Otro, que lo captura y lo determina” (Álvarez, 1995, p. 68).		
	Hacia el encauce del deseo mediante la asunción de la falta para	“el sendero que ahora se va delineando entre el goce y el deseo no implica el atravesamiento o la transgresión	Grupo focal con hombres adultos en proceso de rehabilitación Durante tu proceso de rehabilitación, ¿has sentido que, aunque ya no consumas, sigue existiendo un vacío o una sensación de que "falta algo"? ¿Cómo describirías esa experiencia?

	habilitar al sujeto de una barrera”, sino más bien “un agujero que es el lugar mismo de la angustia” (De Olaso, 2018, p. 219). «el deseo es la metonimia del ser en el sujeto; el falo es la metonimia del sujeto en el ser» (Lacan, 1959, p. 32).	Hoy en día, ¿has pensado en metas personales, hacia dónde apuntan y qué diferencia tienen con lo que querían en el pasado?
--	--	---

Tabla 2 Resultados del grupo focal

1. ¿De qué manera siente usted que las palabras o frases de personas importantes en su vida han ido marcando su historia y este proceso de rehabilitación que recorre hoy?	
Sujeto 1	Bueno, en este caso sí me han impactado algunas palabras fuera de aquí del internamiento. Frases no solo de familiares sino también de otras personas, frases como: <i>no sabes pensar muy bien, ¿por qué tomaste esas decisiones?</i> Y a la larga eso afecta mucho aquí. Entonces, aquí en mi internamiento he tratado también de aportar un poquito con los doctores, con los psicólogos, para poder tratar de recuperarme. Y así, a su vez, salir de este internamiento lo más recuperable posible que sea, valga la redundancia. Y sí, sí, ya le digo, no en torno a familiares solamente, sino que

	también amigos que te dicen palabras que se te quedan. Pero bueno, ahí es donde uno saca más fuerza y trata de cambiar para seguir. Eso es fuera de aquí, dentro del hospital no, porque aquí, gracias a Dios, nos llevamos bien con mis compañeros. Hay unas palabras que sí solemos decir, pero fuera de lo común. En este caso a mí, en lo personal, todavía no me ha afectado aquí hablando del internamiento. Gracias a Dios, no, aquí no.
Sujeto 2	Yo le voy a conversar sobre mi primer tratamiento. Este es mi segundo tratamiento, ya mi primer tratamiento ingresé por el tema de heroína a los 18 años. Llevo 9 años limpio de alcohol y drogas, y gracias al programa de Narcóticos Anónimos. Ahora, yo conocí la heroína a los 13 años, entonces a mí me afectó muchas cosas que me dijeron mis padres, familiares, hermanos, entre tantas cosas que puedo, no quiero ni recordar, pero tal vez destacar, que mi padre me deseaba la muerte, mi madre me deseaba la muerte, en vez de verme así, en esa condición que estaba. Mis hermanos nunca permitían que me acercara a ninguno de mis sobrinos, porque yo soy el hermano menor, y todos mis hermanos tenían más edad que yo, haciéndome sentir como que si yo les vaya a hacer algún tipo de daño a mis sobrinos. No me dejaban acercar, me alejaban de ellos, en la calle ni qué se diga. Yo recibía maltrato de tantas personas, <i>que eres un inútil, que eres un tonto, maldito drogadicto, lárgate de aquí, no sirves para nada, eres un simple hachero más del montón.</i>

	Entonces, las palabras afectan y te afectan la moral bastante, al extremo de creértelo. Yo ya me creía todo lo que me decían, entonces, yo teniendo 17 años, yo ya decía, para qué vivir, yo ya me quería morir, pero morirme en las drogas, yo no quería seguir viviendo, nunca imaginé llegar a tener 27 años, nunca imaginé llegar a tener una profesión, pero son cosas de la vida, entonces, que se fueron dando poco a poco, pero sí afectaron, sí afectaron. Y ahora, en estos nueve años de recuperación, quiero destacar algo importante, porque a pesar de haber estado limpio nueve años de alcohol y drogas, ahorita tuve una recaída con este tema de las apuestas deportivas, muy pocas personas han reconocido el valor y la fuerza que yo he tenido para mantenerme limpio de alcohol y drogas durante nueve años, y una sola persona lo reconoció, y me pareció genial saber que mi trabajo durante nueve años no ha sido inútil, saber que yo tal vez sea esa esperanza para un recién llegado, para una persona nueva, para un adicto más que necesite su ayuda, que el programa sí funciona y que sí podemos vivir limpios de alcohol y drogas, que sí es posible, que es duro, pero es posible.
Sujeto 3	Bueno, en lo personal, no tuve ese tipo de comentarios o palabras negativas en mi vida, más bien, mis padres siempre me daban los buenos consejos y me hacían ver a qué punto podría llegar si yo seguía en el consumo. Incluso tengo un primo que es NA, es huérfano, y a él lo veía como un ejemplo, pero al mismo tiempo mi consumo me hacía avergonzarme de pedirle consejos o ayuda a él por parte motivacional. Pero la frase que siempre recuerdo es: <i>Que el mejor día de mi vida es el hoy, pero mañana va a ser mucho mejor.</i> Recordar esa

	frase me ha ayudado en mi proceso de rehabilitación aquí.
Sujeto 4	Hace un tiempo atrás yo solo consumía y consumía, no me importaba mi familia, hasta que mi esposa me dijo, <i>o paras o paras, y nos separamos</i> . Esa fue la frase que impactó en mí y yo decidí internarme aquí en la clínica, que es muy bueno, no daba muchos consejos, como el soportar, porque estar encerrado en un lugar es difícil, no es fácil estar aquí adentro, es difícil estar. El proceso es muy bueno, nos da consejos, los psicólogos nos ayudan. Ya cuando salgas vas a tener otra perspectiva de ver la vida, ya no como las que tenía antes.
Sujeto 5	Yo no soy de hablar mucho, pero algo que me ha afectado a mí en lo personal, en mi vida, yo considero que es a veces el trato con mi mamá. Porque mi mamá nunca, a pesar de que yo ya tengo 40 años y puede que algunas personas digan, ya no los necesitas, mis hermanos y yo nunca hemos sentido, se podría decir, cariño de nuestra mamá. Nunca. Ella no es expresiva, nunca ha sido expresiva. Desde que tenemos uso de razón todos, yo ya tengo 40 años, pero desde que tengo uso de razón desde pequeño, yo nunca he escuchado un <i>te quiero</i> de mi mamá. Nunca. Y a veces eso sí afecta en la vida. Y con el pasar de los años nos afecta, en algún aspecto de la vida nos afecta. Cuando yo reconocí que tenía un problema de adicción, porque yo me hice, lamentablemente me hice adicto, yo la primera vez cuando acepté eso, que tenía un problema, yo fui con una doctora en el norte que es bien conocida.

	Y la primera palabra de ella, yo fui con mi hermana la primera palabra de ella fue, <i>su hermano no tiene arreglo, no tiene solución, nunca se va a curar</i>. Esas palabras me golpearon en su momento, porque que una profesional diga eso, nada que ver. Pero con el tiempo, con los días, el pasar de los días, yo dije a mi hermana, yo no voy a ir a esa clínica, no me voy a internar nunca, y al mismo tiempo esas palabras después me motivaron para decir, no, yo puedo hacerlo, yo puedo recuperarme. Y gracias a Dios conocí esta clínica y gracias a que yo me lo propuse, y gracias a la ayuda de los psicólogos, de los psiquiatras de aquí, me ayudó a recuperarme, que yo en la actualidad me siento que me he recuperado.
Sujeto 6	Buenas tardes, pues soy consumidor de marihuana y fui adicto a las pastillas. En sí he recibido críticas, más críticas de afuera que de mi propia familia. Más claro de mi familia no he recibido ninguna palabra obscena o ninguna palabra, digámosle que, si eres drogadicto o no, pero sí me ha marcado el punto de saber yo, de que mi mamá sepa que yo, que su hijo es un consumidor, porque o ver en los ojos y saber que fui un consumidor. Pero las palabras que más me han marcado a mí, que son de personas X, personas de afuera, ha sido que soy <i>un drogadicto, que mi futuro se va a dañar por eso, por el consumo</i>, cosas que no es así. Bueno, claramente estoy en esta clínica por decisión propia, pero yo veo que mi futuro todavía sigue intacto y sigue, digamos, yo estoy estudiando enfermería.

	Y además de haber consumido y estar en todo ese pocotón de cosas, yo me he mantenido con mis notas buenas. Y entonces eso se da a notar de que igualmente tú, aunque te digan un pocotón de cosas y tú cambies, puedes ayudarte a ti mismo.
2. ¿Cómo se explica usted la causa o el origen del malestar que lo inducía al consumo?	
Sujeto 1	En lo personal, el detonante de mi malestar y la razón por la que terminé en el consumo fue mi adicción a las apuestas, la ludopatía. Todo empezó por un compañero, un entre comillas “amigo”. Hicimos un préstamo mutuo donde quedé como garante codeudor, pero a los tres meses este sujeto se fue del país y me dejó toda la carga a mí. Al verme con semejante deuda, en mi desesperación por recuperar la plata, empecé a buscar dinero fácil y entré fuertemente a apostar. Apostaba cientos y miles de dólares, pero fue un desastre: pura pérdida. Tuve que vender mi carro y mis cosas por la ambición de recuperar lo perdido y seguir en el vicio. Ahí fue donde colapsé y donde nació mi verdadero malestar. Mi ansiedad y mi depresión se fueron al extremo; me levantaba a las dos o tres de la mañana, me iba al baño y me miraba al espejo a decirme: ¿Qué hice? ¿Por qué firmé ese papel? ¿Por qué fui garante? La culpa y la desesperación de no ver una salida me superaron por completo. Para intentar apagar esa ansiedad insoportable, la paranoia y los pensamientos que no me dejaban dormir, me refugié en la sustancia. El consumo empezó como un anestésico, una forma de no pensar en las deudas, en la estafa ni en la pérdida de mis cosas; pero terminó

	convirtiéndose en otra adicción que se sumó a las apuestas y me hizo tocar fondo. Llegué a un extremo donde ya no daba más, y aunque al principio no estuve de acuerdo cuando mis padres me internaron, hoy entiendo que las cosas pasan por algo. Gracias a Dios estoy aquí tratando de superar ambas adicciones, para salir tranquilo y afrontar la vida afuera de la mejor manera.
Sujeto 2	Bueno, a mí en lo personal, yo tuve dos detonantes en mi vida, para consumir drogas. El primer detonante, yo la heroína la conocí a los 13 años, pero yo ya fumaba marihuana de los 10 años. La marihuana nunca me gustó, porque siempre me dejaba medio tonto, y nunca me gustó ese efecto, pero aun así lo fumaba, ¿por qué? Porque en el barrio todo el mundo lo fumaba. Yo crecí, nací en un barrio marginado, barrio caliente, una favela, digámosles así. Entonces, era normal todo el mundo salir a jugar pelota y fumar marihuana. Era normal, de chicos de mi edad hasta mayores, y no pasaba nada, era algo normal. Entonces, y aparte de que yo tampoco tenía una estabilidad, ni alguien que, ni una referencia de un padre, ni una madre que me digan, ¿sabe qué? Esto está bien, esto está mal. Eso yo lo aprendí en la calle, dándome duro. Entonces, esos fueron mis detonantes, por los cuales yo pasé de la marihuana, después a la heroína, y de ahí a los 18 años tuve mi primer tratamiento. Salgo, y ya teniendo 8 años en rehabilitación de alcohol y drogas, vuelvo a recaer, pero esta vez en el tema de la ludopatía, de las apuestas deportivas.

	Y el detonante de todo esto fue que resentimiento del pasado, y aparte el tema de no saber manejar mis emociones. Yo me había alejado mucho de Narcóticos Anónimos, llevaba 3 años sin asistir a una reunión de NA, que fue lo que a mí me sacó de mi primera adicción.
Sujeto 3	El detonante para yo haber consumido marihuana, fue una ruptura amorosa, entré en depresión, y primero fue, no fue tan constante el consumo, pero ya posterior la adicción se apoderó de mí, que con el pasar de los meses conocí a otra chica, de la cual admiro mucho, sigo con ella, pero la adicción ya se apoderó de mí, porque yo por más que supuestamente trataba de dejar el consumo, no lo podía, porque ya mi cuerpo y mi mente pedía, y cuando dejaba, por ejemplo, una o dos semanas de consumir, cuando lo retomaba era más fuerte, me daba más duro incluso. Por no estar pensando en eso, por tratar de tener la mente divagando en otras cosas, en otros pensamientos.
Sujeto 4	A mí también el detonante fue los amigos, los amigos, mis hermanitos amigos que tenía 4, 5, 6, 7 amigos que yo tenía, que me decía mandarina y que no salía con ellos, consumía un día con uno y el siguiente con otro, y así, y se me hizo un hobby, y a mí ya se me hizo una adicción, ya quería consumir, consumir, consumir, pues así, eso se me hizo una adicción, ya no la pude controlar, para mí el detonante que fue, fueron los amigos que me invitaban, al principio me invitaban a tomar, pero después yo los invitaba, yo le exigía y yo quería más. Cuando me invitaban me sentía bien tranquilo ya lo tomaba normal, porque al principio es normal que uno vaya y comparte con sus amigos, pero ya esto se hizo rutinario el consumir eso no es normal,

	ya se hizo una enfermedad. Digo enfermedad porque ya era constante, siempre, ya se me hizo una enfermedad para mí, un vicio, ya era algo que necesitaba.
Sujeto 5	Es que yo creo que al principio no existió un origen directo con la droga, porque para mí todo empezó con las apuestas; yo lo tomé como un hobby o una diversión. Decía: voy a probar a ver qué tal. Apostaba de vez en cuando por, pero a medida que pasaban los días me empecé a enganchar y a endeudar más y más. Llegó un punto en que la desesperación y el estrés por las deudas se me salieron de las manos, al punto de deberle a gente peligrosa. Ese malestar, la angustia y la paranoia constante de no tener cómo pagar fueron lo que me empujó al consumo. Empecé a consumir buscando un escape, para tapar esa ansiedad y no pensar en el problema de las apuestas, pero lo que creí que era un alivio momentáneo se terminó convirtiendo en otra necesidad. Al final, las apuestas abrieron la puerta y el malestar de la ludopatía me llevó directo a la sustancia, volviéndose un círculo del que ya yo no podía salir.
Sujeto 6	Pues en mi caso fue la depresión. En la depresión a mí me cogió tan feo que yo recurrí a la única forma que fue las sustancias. Primero comencé con la marihuana, porque sí, no me gustaba a mí contar las cosas que yo sentía o lo que yo pensaba a las demás personas y mucho menos a mi familia les comentaba nada. Entonces el único como que tipo “abrazo”, entre comillas, que me recurrió fue la sustancia. Ahí conocí a las pastillas, que también yo me hice adicto a ellas por la facilidad de poderlas conseguir y sabiendo que era

	un malestar, que yo mismo sabía que estaba mal, y sabiendo que mis papás sabían que estaba yo ya intentándome perder en eso, pues sí, sí fue un malestar bien grande que tuve con lo que he vivido y que estoy viviendo en el momento. Aunque ya estoy recuperado de todo eso, pero igualmente duele saber que tus padres sepan que fuiste un consumidor.
3. ¿Cómo describe usted a un paciente antes de la rehabilitación y cómo describe a un paciente en rehabilitación?	
Sujeto 1	Yo creo que el antes sería, un paciente en recuperación sería que no acepte la realidad primordial, no acepte la realidad que es un adicto. Durante el proceso sería ya el internamiento, que ya cuando lo acepte, ya sea por voluntad propia o por sus familiares, que lo acepte en sí y tratar de recuperar. Y fuera ya del internamiento, es algo que ya viene personal, ya no vendría a ser de la clínica, de su familia, sino directamente personal, fuera del internamiento, tratar de recuperarse y tener voluntad propia de sí mismo.
Sujeto 2	Bueno, basado en mi experiencia, honestamente, para mí el adicto antes del entrenamiento es una persona que no tiene un sano juicio. ¿Y qué es no tener un sano juicio? El sano juicio es no poder tomar decisiones. Estamos viviendo una realidad totalmente alterada, una realidad que no viene al caso. Nos creemos estar bien cuando no lo estamos. Porque incluso el libro de Narcóticos Anónimos dice que llegamos a un estado animal antes de internarnos. Lo

que llevamos tan mal, lo que fue yo como un adicto crónico, que pisé calle, viví calle, llegué a ese estado animal. O sea, un estado donde no tienes un sano juicio. El sano juicio es no saber tomar decisiones, no saber diferenciar entre el bien o el mal. Mientras que haya droga, no importa lo que tenga que hacer, con tal que haya droga.

Entonces, no teníamos esa capacidad, ese sano juicio. Ya llegando a un centro de rehabilitación, nosotros adquirimos ese sano juicio. Nos damos cuenta y aceptamos que tenemos un problema de drogas, aceptamos que tenemos que cambiar, que tenemos que dejarlo, que tenemos que superarlo.

Es una etapa bien dura, porque viene la etapa de negación, porque aún todavía tú crees que no eres adicto. A mí, a pesar de los años, a veces yo me he ido a un grupo, cuando tenía 5 o 6 años de rehabilitación, a quejarme que estaba cabrero, arrecho de ser adicto, pero lamentablemente es así, lamentablemente es así. Me gusta o no me gusta, lamentablemente es así, la vida que me tocó llevar.

Y dentro del proceso, después de aceptarlo, meditarlo y hacer el programa parte de mi vida, adaptar el programa a mi vida, logré entender y superar este problema de adicción. Ahora, saliendo del centro de rehabilitación, estamos hablando de que nosotros vivimos un proceso de rehabilitación, no solamente es tapar la botella y apagar el cigarro, no, el proceso de rehabilitación, una vez salido de la clínica, estamos hablando de cambiar pensamientos, ideas, comportamientos, amigos, amistades, lo que se tenga que cambiar, con tal de que mantengamos nuestra

	recuperación, porque saliendo de aquí, no habrá nada más importante que mantenernos sobrios y limpios de cualquier sustancia que alterara nuestro estado de ánimo o nuestra capacidad mental.
Sujeto 3	Bueno, en lo personal, un consumidor, antes de un proceso, es una persona sin control a sí misma, en pensamientos, emociones y en la adicción en la que tiene, el problema que tiene, porque solo quiere satisfacer esa necesidad de consumir y complacer el placer de sentirse drogado. Muchas personas aceptamos antes del proceso la realidad que uno ya es adicto, pero cuando uno ya ingresa a un proceso, las ideas y los pensamientos que uno tenía se aclaran y busca uno la respuesta de las dudas que tenía. En lo personal, yo ahora acepto con total madurez que soy un adicto en recuperación. Antes me daba vergüenza incluso verme al espejo y decir, aceptarme a mí mismo que soy un drogadicto, pero ahora ya no. Me siento bien, no tan completamente bien, pero de los problemas que tenía en la cabeza. Y a futuro, ser consciente conmigo mismo, tener esa voluntad propia de seguir bien, haciendo las cosas bien, estando limpio, sin volver a recaer en ese error, en esa adicción que tuve, porque el daño me lo hacía primero a mí mismo y luego a mis familiares, que soy importante para ellos y nunca me han querido ver mal, siempre me han querido ver bien, siempre han querido lo mejor de mí, que progrese en la vida, tenga un buen futuro y no fracasar.
Sujeto 4	Yo sí he visto a un paciente adicto y ya en recuperación.

	Cuando yo lo conocí, él estaba en la calle, pero era una persona que era de una posición más o menos porque estudiaba medicina. Y ahí yo como policía le di una charla, lo llevé a la casa y él dijo que es verdad que sí va a internar, que sí va a internar. Ya pasó el tiempo, por casualidad de la vida, en un hospital de Chongón, lo vengo a ver a él, ya con su vaca y todo. Y él me agradeció que, si no hubiese sido por mí, no hubiese sido la adicción. Pero para sacarlo fue duro, porque se lo buscaba y la mamá atrás, atrás, atrás, y decía, ya me hizo ayuda, mire qué peligroso, métase por ahí. Y yo lo sacaba. Y él se internó, se recuperó y terminó sus estudios. Y ahora es un doctor. En mi caso, en rehabilitación, es mi caso. Porque estoy todavía en rehabilitación, no me siento curado. Aún me falta para decir, pero sí voy en un proceso de rehabilitación. Durante es difícil y duro también, igualmente, porque estar encerrado en el encierro es difícil. Estar aquí no es fácil. Todos los días es una lucha constante, pero sabemos que es para nuestro bien, no es para nuestro mal. Sí es un encierro, ¿por qué quisimos encerrarnos? No es obligatorio. Porque si yo quiero ahorita, le pido el doctor y el doctor me la da. No hay ningún inconveniente. Siempre nos lo han dicho. Que están aquí es por su pie, por su voluntad misma.
Sujeto 5	Antes, por lo menos en mi caso, es una persona que cuando estaba en adicción, no tenía conciencia propia, tomaba decisiones sin pensar, sin razonar, que al final eso me llevaba a cosas malas. Ya durante la rehabilitación, yo creo que, en mi caso, hasta cierto

Sujeto 6	punto, fue diferente. Porque cuando yo vine aquí, la primera vez que vine a la clínica, la psiquiatra me dijo a mis hermanas que tenía que internarme por lo menos 3 meses. Yo tomé la decisión de no, que yo no me iba a internar por nada del mundo. Pero llegamos a un acuerdo con la psiquiatra y con mis hermanas que yo no me iba a internar, pero yo tomaba la decisión de encerrarme en mi casa por mi propia voluntad. No salir de mi casa durante 3 meses. Y como prácticamente mi adicción es el detonante, no el detonante no, pero el medio por donde yo provocaba mi adicción. Bueno, pues en sí una persona antes de entrar a la recuperación, pues una persona que está perdida, sin conocimiento de lo que está haciendo, en mi caso podría ser sin conocimiento de estar bien por sí mismo, sin las sustancias. Pero ya durante la recuperación ahorita, aunque es difícil, como han dicho mis compañeros, es difícil estar encerrado, saber que vas a estar aquí seis meses, y estar pensando cada rato es duro, pero sé que igualmente es bueno porque te ayuda, prácticamente. He notado yo una mejora en mis dos semanas y media que he estado aquí, he notado una mejora bien grande en la que yo digo que pasando aquí los seis meses voy a salir bien, y después de la recuperación, pues sería una persona ya común y corriente, normal, sin ningún problema de adicción, y eso.
4. Mirando hacia atrás, cuando aparecía ese impulso de consumir... ¿qué era lo que usted sentía que estaba buscando en ese instante?	
Sujeto 1	Bueno, en lo personal, por mi adicción tanto a las apuestas como a la sustancia, lo que yo buscaba

	sinceramente en ese instante era placer, adrenalina y, sobre todo, una solución a esa ansiedad insoportable. En ese momento mi único objetivo era buscar un alivio rápido y dinero para tratar de solventar mis cosas y pagar las deudas que la misma ludopatía me generaba. Al instante en que aparecía la necesidad o el impulso, uno al principio se siente “normal” o confiado; uno dice: “meto mil dólares a apostar o consumo algo para aguantar la presión, y ya mañana o la otra semana resuelvo y pago”. En ese momento exacto uno cree que se siente bien, que la sustancia o la apuesta le van a dar la salida, pero no es así. Después de que pasa ese segundo de placer, quieres recuperar lo perdido, tapa una cosa con la otra y ahí es donde terminas consumiendo más, pierdes el control y te ahogas más en lo mismo. En resumen, lo que buscaba en ese instante preciso era apagar la ansiedad, pero el impulso solo me terminaba arrastrando más al fondo.
Sujeto 2	Bueno yo en lo personal cuando era más peladito lo que yo trataba era de borrar ciertos tratos, palabras, imágenes traumas muchas cosas que sufrí desde mi infancia siempre quise evadir mi realidad siempre, siempre, siempre quise evadir mi realidad, no me gustaba la realidad que vivía no me gustaban las cosas que me decían no me gustaba estar donde vivía siempre quise evadir mi realidad y la encontré mediante las drogas y mediante una supuesta familia en la calle y eso fue lo que a mí me mantenía en el consumo de heroína después de eso ya se era muy tarde para mí porque a mí ya me llegó el síndrome de abstinencia, yo no podía pasar más de dos horas sin consumir heroína o darme un pase, como se dice vulgarmente porque mi

	cuerpo ya entraba al síndrome de abstinencia comenzaba a sentir escalofríos me dolían los huesos, comenzaba a vomitar yo no podía estar sin consumir ya por más que quisiera el síndrome de abstinencia me ganaba sentía que me moría yo estando aquí en Guayaquil sentía un escalofrío, me tiraba diez sábanas encima y aun así sentía frío por el síndrome de abstinencia, lo único que me calmaba era volver a consumir ya de borrar de borrar y olvidar mi vida pasó a volverse una adicción solamente porque yo ya no podía controlarla sino por el síndrome de abstinencia, consumía en contra de mi voluntad pero lo seguía haciendo ahora que caía aquí en la ludopatía después de varios años de estar limpio y estar, como le dije como le mencioné estar en una zona neutral en busca de algo que me haga sentir bien que me haga sentir adrenalina encontré las apuestas y ahí encontré ese placer que tanto estaba buscando que no lo podía llenar con nada, ese vacío y no es un vacío, simplemente es la necesidad de sentir placer, la euforia de apostar, de perder, de ganar mil, de ganar dos mil, de perder cinco mil y así sucesivamente entonces, y como siempre, nunca me supe controlar y me caí donde tenía que caer y eso fue lo que me causó
Sujeto 3	Bueno, yo buscaba callar mi mente porque sobre pienso mucho y como le comenté que lo hice por una ruptura amorosa quería borrar todo recuerdo todo pensamiento que se vendía a mi mente apagar digamos mi mente incluso como no me gustan los problemas ya en lo laboral también a veces mínimos problemas me generaba molestia y comenzaba a sobre pensar que qué puede pasar, qué puede pasar. Sobre pensaba todo. La calma estar relajado con la mente divagando

	en otras cosas incluso escuchando música. Me sentía tranquilo sí, normal no, tranquilo sí porque apagaba esos pensamientos pero ya una vez que se iba al efecto otra vez se activaba y por ende volvía a consumir y como se fue haciendo monótono eso el consumo caía la adicción y la adicción tomó control en mi vida porque ya no la podía yo controlar como el adicto siempre dice que uno controla a la sustancia, al consumo al principio ese es el pensamiento pero ya cuando uno ve la realidad que ya es adicto que ya está en ese hueco que no es difícil igual y tampoco imposible salir .
Sujeto 4	Yo cuando consumía al principio me bien, no veía lo malo, como siempre los amigos dicen vulgarmente: un pase y ya se te quita, y así comenzó cuando consumía en el día y al siguiente día, y luego otra vez y se me hizo ya una adicción, ahora ya no podía dejar de consumir y ya me daba placer estar drogado, y luego yo me sentía mal al día siguiente y para no estar mal, de nuevo consumía, ¿Y por qué se sentía mal? Porque no sé, no, no, no tengo razón por qué me sentía mal, pero me daba placer estar así, me sentía tranquilo. Entonces buscaba estar tranquilo.
Sujeto 5	Bueno, en mi caso, cuando aparecía ese impulso, lo que yo sentía que buscaba en ese instante preciso era sentir la adrenalina y un placer inmediato. Cuando estaba metido en las apuestas, a mí me gustaba sentir esa tensión del momento, la adrenalina de no saber qué iba a pasar, porque solo había dos opciones: o ganabas o perdías. Yo no me despegaba del celular viendo las apuestas deportivas, esperando con ansias a que la aplicación me notificara un gol, porque ver esa

Sujeto 6	notificación a favor mío me daba una sensación de placer increíble. Pero cuando el consumo de la sustancia se sumó a esto, el impulso de consumir venía a buscar exactamente lo mismo: llevar esa adrenalina al extremo o anestesiar la insoportable ansiedad que me dejaba la espera del juego. En ese instante preciso, ya fuera apostando o consumiendo, lo que yo buscaba era una efervescencia de euforia, algo que me hiciera sentir vivo por un segundo y que, al mismo tiempo, me desconectara por completo de la realidad y del desastre que tenía encima con las deudas. Pues en mi caso era el placer, el placer de estar tranquilo, el placer de estar en mi mundo sin que nadie me moleste, prácticamente eso es lo que yo sentía. Por el tema de la depresión, porque como yo dije, yo estaba en depresión y entré aquí con depresión igualmente, entonces la depresión no me dejaba tranquilo porque ya había el punto en donde yo escuchaba voces que me humillaban y cosas así, entonces más por eso yo consumía.
5. ¿Qué lugar o qué papel representa el consumo frente a sus problemas o decisiones del día a día?	
Sujeto 1	Bueno, frente a los problemas y las decisiones del día a día, el consumo lo que hace es que uno no piense en qué va a hacer ni en las consecuencias. Es que frente a cualquier problema uno no mide las consecuencias ya cuando está consumiendo; ya después, cuando se pasa la nota o cuando uno pierde todo, es que se ve y dice: <i>“chuchica, ¿qué hice?, ¿qué hice?”</i>. Y ahí es que uno recién quiere recapacitar, tratar de buscar

	soluciones a sus problemas o ver cómo salir adelante, cosas que sí se pueden hacer por las buenas. Pero lamentablemente en el día a día uno está ahí metido, por el maldito vicio, discúlpeme la mala expresión, pero uno está ahí queriendo, queriendo, y terco, terco, sigue ahí consumiendo, sigue ahí tomando malas decisiones. Ya cuando lo pierdes todo por el consumo ya no piensas en futuro; en ese momento literalmente solo piensas en dejar esto y tratar, como le digo, de buscar la forma de resolver tus cosas para conseguir algo mejor, nada más.
Sujeto 2	Bueno, frente a mis problemas y decisiones del día a día, el consumo lo que hacía era anularme por completo; no me dejaba pensar en planes ni en el futuro. Yo en lo personal, cuando estuve activo drogándome, yo no me veía futuro, nunca pensé en mi futuro, vuelvo y repito, nunca pensé en cumplir 27 años, nunca pensé ni siquiera en llegar a los 18 años. Yo quería morirme antes de los 18 años, porque esa era mi vida ya, había aceptado mi destino, como que digamos, morir en el consumo. Incluso mis padres me lo decían, que preferían verme muerto que seguir viendo cómo me mataba lentamente; entonces yo ya había aceptado ese destino. Frente a las decisiones diarias, mi único pensamiento era ese. En el consumo nunca esperé seguir viviendo honestamente, no pensaba ni en futuro, ni en planes, ni en proyectos, ni en estudios, ni en trabajo, ni nada por el estilo, porque yo estaba seguro de que no iba a cruzar esos 18 años, o muy probablemente iba a caer preso por tantas locuras que comete uno en la calle. Incluso desde el colegio yo hacía locuras, vendía cosas que no

	debía vender dentro del colegio porque me hice pana de ciertas personas; entonces yo ya le había entregado mi vida a la calle totalmente. Y cada vez que recaía en el consumo se volvía a repetir el mismo ciclo: me daba la depresión, la ansiedad y no veía un futuro. Llegué al punto de querer quitarme la vida; cuando estaba en el consumo de la heroína traté de quitarme la vida dos veces, pero me salvaron en el Hospital Universitario. En mi día a día yo decía: «si me llego a morir o me llego a matar, no pasa nada, ya estoy solo, no le debo rendir cuentas a nadie». Esos siempre han sido mis pensamientos y la forma en que actuaba cuando he estado consumiendo activamente. En el día a día, el consumo tomó un lugar donde borró mi capacidad de decidir bien. Cuando yo consumía droga obviamente ya vivía con este tema de la ansiedad y de la depresión, pero más que eso, cuando tú te entregas tanto a la droga como yo lo hice, que estuve en situación de calle, te das cuenta de que tus decisiones del día a día se reducen a ver cómo sobrevives: te toca ir a pedir un pan afuera de una panadería, pedir un poco de aguado en un restaurante, subirte a buses a pedir plata para poder comer, porque tu mamá te botaba de la casa, tu papá te botaba de la casa y no tenías a dónde ir. El consumo representó eso en mi vida: hacerme perder toda esperanza de seguir viviendo y hacerme creer que tarde o temprano todo se iba a acabar, o al menos eso fue lo que yo pensé.
Sujeto 3	Pues para mí, el consumo representaba un papel de bloqueo total. Yo en lo personal tengo un plan, un proyecto, que por el tema del consumo no lo he podido empezar ni dar inicio, porque en el día a día mi mente

	más pasaba concentrada en tratar de complacer a la adicción. Incluso desde el año pasado supuestamente yo a mi mente le decía que sí, que ya este año iba a poner en marcha ese proyecto, pero la verdad que no. Frente a las decisiones cotidianas, el efecto del consumo como que me bloqueaba eso, porque como le digo, sí divagaba la mente, había días que decía “sí, ya voy a empezar”, pero al momento de actuar, la adicción es más poderosa; puede más la adicción que los proyectos o planes que uno tiene en la vida y a futuro. En el día a día, el vicio ganaba y terminaba postergando todo. Pero ahora que estoy consciente y estoy en recuperación, he cogido más motivación para poder, con la bendición de Dios, sí poner a inicio el proyecto que tengo en mente. Y seguir obviamente creciendo, seguir cumpliendo las metas y objetivos que aún tengo por delante, que quiero obtener en esta vida.
Sujeto 4	Bueno, yo creo que el consumo representa una anulación total, porque uno no piensa en resolver nada ni en lo que va a pasar. Yo en mi caso creo que ningún adicto tiene preparado un futuro ya cuando está en su etapa de adicción; él es prácticamente una basura, no cree en nadie, como dijo el compañero aquí, que dijo que intentó hasta suicidarse. Frente al día a día no hay futuro, uno no piensa en un futuro. Cuando yo era adicto no pensaba yo en mis problemas ni en tomar decisiones, solo consumía y consumía. No pensaba en un mañana o en un ayer, solo en consumir. Y como todo adicto, no creo

	que en su día a día tenga un futuro preparado; le prefiere la muerte, como lo dijo el compañero. Ya en su etapa de recuperación, ahí recién viene a pensar en un futuro.
Sujeto 5	Bueno, frente a los problemas y decisiones del día a día, ya le digo, el consumo y las apuestas terminaron tomando el control de todo. Yo al principio pensaba que con eso iba a resolver mis problemas, más que nada para tratar de recuperar la plata que me hizo perder mí, entre comillas, “amigo”, pero al final se convirtió en pura ambición y en mi forma de evadir las cosas. En la rutina de cada día, el vicio jugaba el papel de manejarme la vida. Cuando se me presentaba un problema, yo ya no razonaba ni tomaba decisiones con la cabeza fría; lo que me movía era esa adrenalina. No sé, los compañeros aquí lo deben saber también: es una sensación vivita, pura impulsividad. Te da una impulsividad fatal, créanme lo que es. Frente a cualquier estrés o decisión diaria, yo reaccionaba al tiro buscando esa adrenalina o el consumo para apagar la angustia. A veces, ya le digo, yo en mi cuenta de la plataforma veía como 30.000 dólares y decía «ya está, solo es de hacer un clic y resuelvo mi día a día», pero era una ilusión. El consumo y las apuestas lo único que hacían frente a mis decisiones era cegarme, hacerme actuar por puro impulso y meterme en más problemas en lugar de resolver los que ya tenía.
Sujeto 6	Pues, en mi caso yo no vi futuro, ni siquiera me importaba o veía lo que pasaba a mi alrededor porque

	yo me estaba metiendo mucho a lo que es el mundo de las pastillas en sí. Aunque prácticamente, estando sobrio, yo miraba mi futuro como médico. Y bueno, sigo viendo ese futuro, porque como les mencioné, ahora estoy estudiando enfermería. Pero estando yo en la parte de la adicción, no me miraba con un futuro. En el día a día, el consumo tomó ese lugar de escape; había punto que me dio una sobredosis que casi me mata. Y de ahí comencé a tener miedo yo un poquito a las pastillas, pero igualmente seguía consumiendo y consumiendo pastillas. Entonces, por eso le digo que creo que el papel que tenía entonces el consumo frente a mis problemas en ese momento era ese: lo que pasaba por mi mente en ese momento era el placer de callar las voces que yo sentía o callar más mi mente. En sí, prácticamente era para apagar mi cerebro.
6. ¿Qué o quién siente usted que es el motor principal que lo sostiene en este proceso de rehabilitación?	
Sujeto 1	En este caso, mi motor principal es mi familia. Papá, mamá y hermana, porque ellos son los que me han ayudado en este proceso y siguen aún aquí conmigo. Solamente tengo que poner de mi parte nada más.
Sujeto 2	Gracias. Bueno, yo en lo personal, mis pilares fundamentales son mi poder superior, mi programa de Narcóticos Anónimos, y de ahí vengo yo. No escojo ni a mis padres ni a mi familia porque tarde o temprano ellos no van a estar, pero mi poder superior siempre va a estar cuando yo quiera y donde yo desee.

	Y lo igual que mi programa de Narcóticos Anónimos y de ahí yo. Esos serían mis pilares fundamentales de recuperación.
Sujeto 3	Mi motor sería mamá, papá y mi hermana. Porque siempre me han dado esas palabras de aliento. Y me han dado ese apoyo mutuo. Ese amor como familia que uno necesita en los peores momentos
Sujeto 4	El motor mío es mis hijos y mi esposa, mi familia. Ellos me dan la razón para seguir adelante en el tratamiento. Ese es el motor mío, me inspiran a seguir adelante y no recaer.
Sujeto 5	Bueno, mi motivación en el transcurso de la recuperación para mí fueron mis hermanas. Mis dos hermanas porque ellas estuvieron en mis peores momentos ayudándome. Ellas me sacaron del hoyo en donde yo estaba y era mi motivación porque yo no las quería decepcionar y yo quería demostrarles que yo sí podía cambiar
Sujeto 6	En mi caso es mi mamá. Mi mamá siempre ha confiado en mí y tiene fe en mí. Desde que se enteró de que yo consumía, siempre ha tenido fe de que yo iba a salir de esto. Y ahorita que estoy en recuperación, cada vez que la veo a mi mamá en las visitas, me siento alegre de verla porque ya la miro ya con ojos de que ya no sabe de qué su hijo ya no es un consumidor, sino que su hijo ya está sanando pocamente. Sanamente, está sanando lento, pero estoy sanando.

7. Durante tu proceso de rehabilitación, ¿has sentido que, aunque ya no consumas, sigue existiendo un vacío o una sensación de que "falta algo"? ¿Cómo describirías esa experiencia?	
Sujeto 1	Si vuelve esa tentación o alguna recaída en la sustancia, la verdad, si vuelve alguna recaída, yo soy honesto: actuaría con responsabilidad ya. ¿Cómo sería actuar con responsabilidad ahí? No al extremo como yo lo hacía antes, que consumía y apostaba por apostar, por pura impulsividad, por la desesperación de querer llegar a sacar el préstamo que hizo esta pana. Entonces, sí se me puede pasar por la cabeza volver a recaer en las apuestas, ya no en las drogas, pero sinceramente tal vez sí quiera volver a apostar, pero repito, lo haría con responsabilidad, no al exceso, eso en el caso de haber una recaída, pero la verdad es que no lo quiero hacer, no quiero volver a eso.
Sujeto 2	Bueno, en lo personal, sobre ese vacío... tengo que encontrar alguna forma sanamente de liberar todo este estrés o de llenar ese vacío existencial que existe en mí, y no creo que sea el único que lo tenga. De una u otra forma tengo que buscarlo, pero esta vez sanamente, porque como dije, esta es mi segunda rehabilitación, sin embargo, esta no ha sido igual a la anterior. El deseo de consumir siempre va a estar, el deseo nunca se va a ir. Pero créame que ya uno aprende a vivir con eso y ya uno se vuelve parte de eso. Al menos yo, en el tema de la heroína, ya sé cómo lidiar con los pensamientos, los ataques de ansiedad y todas esas cosas. A pesar de que han pasado nueve años, a veces he tenido sueños de consumo o a veces me levanto, me restriego la nariz y siento clarito el olor a la heroína.

	Entonces, a pesar de que han pasado varios años, ahí me doy cuenta de que tengo que seguir trabajando en mi programa y seguir asistiendo a reuniones de Narcóticos Anónimos, porque eso es lo que, a mí, a Andrés, le funciona: estar con personas con la misma problemática e identificarnos. Eso me ayuda bastante.
Sujeto 3	Bueno, sobre cómo llevar eso o si me vienen las ganas durante la rehabilitación, la verdad, sinceramente, no puedo volver a consumir porque si no perdería mi trabajo. La verdad, si tuviera esos deseos de volver a consumir, lo conversaría con mi mamá, con mi papá o mi hermana, como lo digo. Porque siempre ellos han estado ahí en mi vida, como digo, en los peores momentos. Pero fui yo quien se alejó de ellos, en no acudir cuando he tenido un problema o incluso este problema, este error que estuve cometiendo.
Sujeto 4	Pues, sobre si se siente esa tentación o si vienen los pensamientos durante la rehabilitación, yo creo que no volvería a recaer ya porque, le digo, yo antes fumaba cigarrillo también. Yo le digo, yo huelo el olor a un Líder y me causa placer, pero no lo compro. Huelo cualquier otro cigarrillo y no me causa lo mismo, pero huelo a Líder y trato de comprarlo, pero no, yo digo «ya lo dejé, ya lo dejé, ya lo dejé» y sigo de largo. Y estando en rehabilitación, si se me viene ese pensamiento nuevamente de consumir, yo lo alejo de mí y sigo, y sigo. No me detengo. Pero sí se me viene el pensamiento. Y por eso le digo, no voy a recaer con la droga porque ya he tocado fuego. Es difícil, es muy duro. Es difícil porque yo lo he sentido, yo soy

	compañero con la marihuana, que ha de ser igual con las otras drogas.
Sujeto 5	Es que yo ya no pienso en eso; no pienso en que en algún momento voy a recaer porque me lo he puesto así, me lo he mentalizado así. No, no voy a recaer, no. Porque he tenido varias opciones de poder volver al consumo. Como ahorita, ya saliendo de rehabilitación, soy libre, cojo un celular, voy a cualquier lado... si por mí fuera, yo pudiera estar en donde quiera consumiendo y nadie se enteraría. Pero yo mismo me dije no, yo no lo quiero hacer, no quiero volver a eso.
Sujeto 6	Bueno, sobre si siento que falta algo o si hay un vacío en la rehabilitación, ya no siento depresión, aunque claramente que se sienten los bajones emocionales y todo ese tipo de cosas, pero no la depresión. Yo ya no siento la depresión como antes sí la sentía. Y si en esos momentos me llega esa sensación o tuviera nuevamente ese deseo de volver al consumo, yo lo lidiaría con mi mamá. Sí o sí, con mi mamá, hablaría con ella. Aunque yo sé que como dicen, mamá para siempre no es. Pero como yo todavía la tengo en casa conmigo, entonces yo creo que mi mamá sería la solución para que pueda ayudarme a no meterme nuevamente a consumir nada de eso.
8. Hoy en día, ¿has pensado en metas personales, hacia dónde apuntan y qué diferencia tienen con lo que querían en el pasado?	
Sujeto 1	Claro, sí. Obviamente, uno siempre piensa en futuros con la mente ya consciente y clara. Antes de la rehabilitación eso no se piensa, Ahora sí, yo sí. Pienso en que, al salir de aquí, obviamente, directo a la obra, a trabajar. Porque uno sale de aquí, pero ya como

	enfrentar las cosas con responsabilidad. Y seguido de eso, ya tratar de solventar mis deudas. Una vez solvente mis deudas, pensaría ya en un futuro, ya como familia, unirme y todas esas cuestiones.
Sujeto 2	Ahorita, estando interno, obviamente que sí lo he pensado. Tengo un futuro muy prometedor por delante que espero que se cumpla honestamente. Tengo muchas cosas que hacer, muchos planes que hacer, dinero que pagar, dinero que ganar, honradamente por supuesto, nada de dinero fácil ni nada por el estilo. Pero sí lo he pensado, en mis metas personales. Ya cuando vuelvo y le repito, ya cuando tú dejas de consumir y tienes tu sano juicio, recuperas tu sano juicio para tomar decisiones, ya piensas en tu futuro. Puedes pensar en una vida. Incluso en una familia, como es mi caso, que yo no tengo ni esposa, ni hijo, ni nada. Entonces, te hace pensar eso, en las cosas y deseos que realmente quieres.
Sujeto 3	Sí, sí he pensado en mi futuro, tengo un proyecto en mente y varios planes en los que pienso en lograrlos, en lograr esos proyectos, esos objetivos, tenerlos. Antes no pensaba en nada de eso, como comenté antes, yo solo pensaba antes en estar drogado, relajado en mi cuarto, con música y no sentir ni pensar en nada.
Sujeto 4	Pues, siempre pienso en mi familia, mi esposa y mis hijos, como meta personal podría decirse que sería no recaer, seguir adelante, salir bien rehabilitado y poder volver a mi familia y estar unidos, no tener problemas en mi trabajo y sentirme bien conmigo mismo. Y pensar en esto sí hay una diferencia porque ahora pienso en esto y antes solo pensaba en consumir.

Sujeto 5

Bueno, hoy en día, sobre mis metas personales y lo que quiero a diferencia del pasado, mis metas apuntan a seguir todo normal, como lo estoy haciendo hasta ahora. Porque incluso yo después, cuando salí del proceso de recuperación, a mí una vez me dijeron que tengo que alejarme de mi entorno, de mis amistades. Yo, por lo menos en mi caso, dije “no, yo no lo voy a hacer”. Porque el problema no son mis amigos, el problema era yo, el adicto era yo. Yo decía, ellos son mis amigos de toda la vida, no tengo por qué alejarme de ellos.

Lo que sí hice fue en ese momento contarles la verdad. Conté por lo que yo había pasado, por la adicción que había tenido con el consumo y las apuestas. Y ellos me supieron entender. Me dijeron: “no está bien, José, mientras estemos nosotros reunidos, no te vamos a estar tocando temas de consumo ni de apuestas, ni te vamos a decir nada de eso”. Gracias a Dios me entendieron. Me entendieron y hasta la fecha yo salgo con ellos a veces.

Sujeto 6

Bueno, pues, con lo que dije de mi deseo de estudiar enfermería, esa es mi meta personal principal por ahora, y sí siento una diferencia con lo que quiero ahora y antes quería, porque siento la diferencia de estar consciente en sí, más claro. Porque como le mencioné antes, no estaba consciente de las cosas que yo hacía. Solamente me interesaba era meterme más pastillas, pastillas y pastillas. Entonces, la diferencia de ahorita es que ya siento y estoy consciente de las cosas que estoy haciendo y pienso. En este caso, que es estudiar enfermería, que ya estoy consciente y preparado para ya salir de aquí y seguir estudiando.

Análisis de Resultados

Categoría: Función de la palabra

Subcategoría: El lenguaje como estructura y la palabra como acto

1) ¿De qué manera siente usted que las palabras o frases de personas importantes en su vida han ido marcando su historia y este proceso de rehabilitación que recorre hoy?

De acuerdo con la manera en que sienten que las palabras o frases de las personas importantes los seis participantes coinciden en que la palabra del Otro ha marcado directamente su historia de consumo y su proceso de rehabilitación, manifestándose de dos formas principales.

Por un lado, destacan el peso de frases desvalorizantes o estigmatizantes provenientes de familiares, profesionales o la sociedad:

- *Sí me han impactado algunas palabras fuera de aquí del internamiento. Frases no solo de familiares sino también de otras personas, frases como: no sabes pensar muy bien, ¿por qué tomaste esas decisiones? Y a la larga eso afecta mucho aquí. (Sujeto 1)*
- *Yo recibía maltrato de tantas personas: que eres un inútil, que eres un tonto, maldito drogadicto, lárgate de aquí, no sirves para nada, eres un simple hachero más del montón. Entonces, las palabras afectan y te afectan la moral bastante, al extremo de creértelo. (Sujeto 2)*
- *Yo fui con una doctora en el norte que es bien conocida. Y la primera palabra de ella, yo fui con mi hermana la primera palabra de ella fue: su hermano no tiene arreglo, no tiene solución, nunca se va a curar. Esas palabras me golpearon en su momento. (Sujeto 5)*

Mientras que en el Sujeto 2 estos enunciados terminaron asimilándose hasta reforzar la conducta autodestructiva, en otros Sujetos funcionaron como un impulso de confrontación para demostrar su capacidad de cambio:

- *esas palabras después me motivaron para decir, no, yo puedo hacerlo, yo puedo recuperarme. (Sujeto 5)*
- *Las palabras que más me han marcado a mí, que son de personas X, personas de afuera, ha sido que soy un drogadicto, que mi futuro se va a dañar por eso, por el consumo, cosa que no es así. Bueno, claramente estoy en esta clínica por decisión propia, pero yo veo que mi futuro todavía sigue intacto y sigue, digamos, yo estoy estudiando enfermería. Y además de haber consumido y estar en todo ese pocotón de cosas, yo me he mantenido con mis notas buenas. Y entonces eso se da a notar de que igualmente tú, aunque te digan un pocotón de cosas y tú cambies, puedes ayudarte a ti mismo. (Sujeto 6)*

Por otro lado, hay Sujetos que identifican expresiones que operaron como un límite o punto de corte, destacando la advertencia determinante de la esposa en el Sujeto 4, lo cual permitió detener el acto compulsivo y motivar la demanda de internamiento:

- *Tengo un primo que es NA, es huérfano, y a él lo veía como un ejemplo, pero al mismo tiempo mi consumo me hacía avergonzarme de pedirle consejos o ayuda a él por parte motivacional, pero la frase que siempre recuerdo es: Que el mejor día de mi vida es el hoy, pero mañana va a ser mucho mejor. Recordar esa frase me ha ayudado en mi proceso de rehabilitación aquí. (Sujeto 3)*

- *Yo solo consumía y consumía, no me importaba mi familia, hasta que mi esposa me dijo, o paras o paras, y nos separamos. Esa fue la frase que impactó en mí y yo decidí internarme aquí en la clínica. (Sujeto 4)*

En conjunto, los testimonios muestran que el avance terapéutico depende de la capacidad de los sujetos para resignificar esas marcas discursivas y asumir una posición propia frente a su recuperación. Esto coincide plenamente con lo planteado en el marco teórico bajo el subtema *El lenguaje como estructura y la palabra como acto*, el cual explica que la subjetividad no surge de un desarrollo puramente biológico, sino de una lógica psíquica construida dentro del orden del lenguaje y los símbolos que rodean al individuo. Tal como se detalla teóricamente, la historia individual es consecuencia directa del modo en que la palabra del Otro nombró, clasificó e interpretó al sujeto, funcionando el lenguaje como un marco predefinido donde “la condición de la historicidad del sujeto es el lenguaje y la combinatoria de la cadena significativa” (Zanghellini, 2008, p. 42).

En este sentido, las frases desvalorizantes o los llamados de advertencia expuestos por los participantes evidencian el peso inicial de esa trama simbólica ajena que determinó sus trayectorias y conductas. No obstante, el proceso de rehabilitación refleja el paso crucial que plantea la teoría: los sujetos logran transitar desde una posición pasiva, en la que operaban como meros objetos moldeados por las palabras de otros, asimilándolas de forma autodestructiva, hacia la asunción activa de su propia biografía. Como señala Lacan (2009), “es ciertamente esta asunción por el sujeto de su historia, en cuanto que está constituida por la palabra dirigida al otro, la que forma el fondo del nuevo método al que Freud da el nombre de psicoanálisis” (p. 249). De

este modo, los testimonios confirman que cuando la palabra se moviliza en el espacio terapéutico, deja de ser una simple transmisión de información para convertirse en el acto ético mediante el cual el paciente se apropia de su historia, rompe con las determinaciones alienantes del lenguaje y comienza a constituirse como un sujeto implicado en su propio decir.

Subcategoría: El Decir en la Implicación Subjetiva

2) ¿Cómo se explica usted la causa o el origen del malestar que lo inducía al consumo?

En base a las respuestas de esta pregunta, los seis participantes señalan que el malestar que los condujo al consumo derivó de crisis emocionales, deudas por apuestas, influencias del entorno y dificultades para expresar sus sentimientos.

Por un lado, algunos coinciden en que la ludopatía y las deudas les generaron una desesperación y ansiedad extremas, utilizando la sustancia como un anestésico o escape para no pensar en sus problemas económicos:

- *En lo personal, el detonante de mi malestar y la razón por la que terminé en el consumo fue mi adicción a las apuestas, la ludopatía... Para intentar apagar esa ansiedad insoportable, la paranoia y los pensamientos que no me dejaban dormir, me refugié en la sustancia. El consumo empezó como un anestésico, una forma de no pensar en las deudas, en la estafa ni en la pérdida de mis cosas; pero terminó convirtiéndose en otra adicción que se sumó a las apuestas y me hizo tocar fondo. (Sujeto 1)*

- *Empecé a consumir buscando un escape, para tapar esa ansiedad y no pensar en el problema de las apuestas, pero lo que creí que era un alivio momentáneo se terminó convirtiendo en otra necesidad. (Sujeto 5)*

Por otro lado, otros Sujetos ubican la causa en la depresión: el Sujeto 3 a raíz de una ruptura amorosa y el Sujeto 6 por la dificultad para contar lo que sentía a su familia, encontrando en la sustancia una especie de “abrazo”:

- *El detonante para yo haber consumido marihuana fue una ruptura amorosa, entré en depresión, y primero fue, no fue tan constante el consumo, pero ya posterior la adicción se apoderó de mí. (Sujeto 3)*
- *Pues en mi caso fue la depresión. En la depresión a mí me cogió tan feo que yo recurrí a la única forma que fue las sustancias. Primero comencé con la marihuana, porque sí, no me gustaba a mí contar las cosas que yo sentía o lo que yo pensaba a las demás personas y mucho menos a mi familia les comentaba nada. Entonces el único como que tipo “abrazo”, entre comillas, que me recurrió fue la sustancia. (Sujeto 6)*

Finalmente, los Sujetos restantes destacan la influencia del entorno social y las amistades; el Sujeto 2 menciona la falta de orientación parental y la normalización del consumo en un barrio marginado durante su infancia (sumado a resentimientos y mal manejo de emociones en su adultez), mientras que el Sujeto 4 describe cómo lo que inició como un pasatiempo social con amigos terminó convirtiéndose en una necesidad rutinaria e incontrolable:

- *Yo crecí, nací en un barrio marginado, barrio caliente, una favela, digámosles así. Entonces, era normal todo el mundo salir a jugar pelota y fumar marihuana. Era normal, de chicos de mi edad hasta mayores, y no pasaba nada, era algo normal. Entonces, y aparte de que yo tampoco tenía una estabilidad, ni alguien que, ni una referencia de un padre, ni una madre que me digan, ¿sabe qué? Esto está bien, esto está mal. Eso yo lo aprendí en la calle, dándome duro. (Sujeto 2)*
- *A mí también el detonante fue los amigos, los amigos, mis hermanitos amigos que tenía 4, 5, 6, 7 amigos que yo tenía, que me decía mandarina y que no salía con ellos, consumía un día con uno y el siguiente con otro, y así, y se me hizo un hobby, y a mí ya se me hizo una adicción, ya quería consumir, consumir, consumir, pues así, eso se me hizo una adicción, ya no la pude controlar, para mí el detonante que fue, fueron los amigos que me invitaban, al principio me invitaban a tomar, pero después yo los invitaba, yo le exigía y yo quería más.*

(Sujeto 4)

Refieren entonces, que el origen del malestar que indujo al consumo no responde a una sola causa, sino que surge como una respuesta frente a crisis emocionales no resueltas, deudas económicas angustiantes o la influencia del entorno social. Para la totalidad de los participantes, la sustancia no constituyó el problema inicial, sino la vía que encontraron para intentar aliviar un malestar previo que sobrepasó su capacidad de control. Desde el marco teórico planteado, se evidencia que, al no lograr tramitar este sufrimiento inmanejable a través de la palabra, tal como lo ilustra la dificultad para expresar los

sentimientos manifestada en las entrevistas, el conflicto encontró una salida mediante la conducta repetitiva de la adicción. Esto se alinea con lo postulado por Laplanche y Pontalis (2004), quienes señalan que la “formación de síntoma comprende no sólo el retorno de lo reprimido en forma de ‘formaciones substitutivas’ o de ‘formaciones de compromiso’, sino también las ‘formaciones reactivas’” (p. 165).

De este modo, la sustancia opera como una solución provisional ante un padecimiento mudo. En esta etapa, los participantes relatan haber experimentado las consecuencias de su malestar desde una posición pasiva, utilizándolo como un *escape* o un *anestésico*, lo cual ilustra la condición estructural en la que “el sujeto del significante está constituido a partir de la cadena signifiante; el sujeto no es constituyente sino constituido” (Miller, 1997, p. 10). En consecuencia, el paso fundamental hacia la implicación subjetiva consistirá en que el paciente logre quebrar el automatismo de este síntoma en el espacio clínico para dejar de ser víctima pasiva de su historia y asumir la responsabilidad de un decir propio.

Subcategoría: La Palabra Vacía y la Palabra Plena en la Clínica del Malestar

3) ¿Cómo describe usted a un paciente antes de la rehabilitación y cómo describe a un paciente en rehabilitación?

Al comparar el estado previo con la vivencia en rehabilitación, los seis participantes describen una transformación profunda en la forma en que nombran su malestar y se posicionan frente a su propia historia.

Antes de iniciar el proceso, los participantes coinciden en que el consumo implicaba un estado de alienación, desconexión de la realidad y un discurso lleno de excusas automáticas donde la compulsión tapaba cualquier capacidad de razonar:

- *Yo creo que el antes sería, un paciente en recuperación sería que no acepte la realidad primordial, no acepte la realidad que es un adicto.*

(Sujeto 1)

- *Bueno, basado en mi experiencia, honestamente, para mí el adicto antes del entrenamiento es una persona que no tiene un sano juicio. ¿Y qué es no tener un sano juicio? El sano juicio es no poder tomar decisiones. Estamos viviendo una realidad totalmente alterada, una realidad que no viene al caso. (Sujeto 2)*

- *Bueno, en lo personal, un consumidor, antes de un proceso, es una persona sin control a sí misma, en pensamientos, emociones y en la adicción en la que tiene, el problema que tiene, porque solo quiere satisfacer esa necesidad de consumir y complacer el placer de sentirse drogado. Muchas personas aceptamos antes del proceso la realidad que uno ya es adicto. (Sujeto 3)*

- *Antes, por lo menos en mi caso, es una persona que cuando estaba en adicción, no tenía conciencia propia, tomaba decisiones sin pensar, sin razonar, que al final eso me llevaba a cosas malas. (Sujeto 5)*

- *Bueno, pues en sí una persona antes de entrar a la recuperación, pues una persona que está perdida, sin conocimiento de lo que está haciendo, en mi caso podría ser sin conocimiento de estar bien por sí mismo, sin las sustancias. (Sujeto 6)*

En contraste, los Sujetos muestran un viraje significativo: el verdadero avance inicia cuando la persona deja de justificarse y logra nombrar y asumir con madurez su condición de “adicto en recuperación”. Al darle un sentido real a lo que expresan, las ideas comienzan a aclararse y el sujeto se compromete subjetivamente con su tratamiento por voluntad propia.

- *Durante el proceso sería ya el internamiento, que ya cuando lo acepte, ya sea por voluntad propia o por sus familiares, que lo acepte en sí y tratar de recuperar. (Sujeto 1)*
- *Ya llegando a un centro de rehabilitación, nosotros adquirimos ese sano juicio. Nos damos cuenta y aceptamos que tenemos un problema de drogas, aceptamos que tenemos que cambiar, que tenemos que dejarlo, que tenemos que superarlo. Es una etapa bien dura, porque viene la etapa de negación, porque aún todavía tú crees que no eres adicto. (Sujeto 2)*
- *Cuando uno ya ingresa a un proceso, las ideas y los pensamientos que uno tenía se aclaran y busca uno la respuesta de las dudas que tenía. (Sujeto 3)*
- *En mi caso, en rehabilitación, es mi caso. Porque estoy todavía en rehabilitación, no me siento curado. Aún me falta para decir, pero sí voy en un proceso de rehabilitación. Durante es difícil y duro también, igualmente, porque estar encerrado en el encierro es difícil. Estar aquí no es fácil. Todos los días es una lucha constante. (Sujeto 4)*
- *Ya durante la recuperación ahorita, aunque es difícil, como han dicho mis compañeros, es difícil estar encerrado, saber que vas a estar aquí*

seis meses, y estar pensando cada rato es duro, pero sé que igualmente es bueno porque te ayuda, prácticamente. (Sujeto 6)

Asimismo, el **Sujeto 2** enfatiza que la recuperación exige un cambio auténtico que va más allá de suspender el consumo, implicando reestructurar activamente ideas, conductas y lazo social:

- *Dentro del proceso, después de aceptarlo, meditarlo y hacer el programa parte de mi vida, adaptar el programa a mi vida, logré entender y superar este problema de adicción. Ahora, saliendo del centro de rehabilitación, estamos hablando de que nosotros vivimos un proceso de rehabilitación, no solamente es tapar la botella y apagar el cigarro, no, el proceso de rehabilitación, una vez salido de la clínica, estamos hablando de cambiar pensamientos, ideas, comportamientos, amigos, amistades, lo que se tenga que cambiar, con tal de que mantengamos nuestra recuperación, porque saliendo de aquí, no habrá nada más importante que mantenernos sobrios y limpios de cualquier sustancia que alterara nuestro estado de ánimo o nuestra capacidad mental.*

La transición hacia la recuperación, evidenciada en los relatos de los seis participantes, representa el paso de un discurso pasivo, automático y sin compromiso personal hacia una toma de palabra responsable y consciente, lo que permite al paciente dejar de ser sometido por la adicción y asumirse como actor de su propia transformación. En la etapa previa a la rehabilitación, los sujetos se encontraban atrapados en lo que Jacques Lacan llamó *palabra vacía*, caracterizándola como un discurso donde el hablante parece “hablar en vano de alguien que, aunque se le pareciese hasta la confusión, nunca se

unirá a él en la asunción de su deseo” (2009, p. 246). Esto se refleja claramente en las vivencias de los entrevistados al describir su etapa de consumo activo como una realidad alterada, *sin sano juicio o sin conciencia propia*, donde las palabras operaban mecánicamente como meras justificaciones que no tocaban su verdadero dolor. Por el contrario, el verdadero avance terapéutico surge cuando el sujeto abandona las excusas y se compromete con su proceso, tal como lo expresa el Sujeto 2 al indicar la necesidad de cambiar de raíz sus pensamientos y comportamientos. Aquí emerge la palabra plena, que funciona como esa antigua franqueza: desarma los significantes amos (S1) que ataban al sujeto a una identidad fija: *el adicto*, y golpea el narcisismo del yo que se quejaba de todo. Al quitarle al Otro el lugar de dueño de la verdad, el paciente entiende que ni el médico ni su familia tienen la respuesta sobre su ser. A través de este pasaje, el paciente asume la responsabilidad de su historia y accede a una verdad subjetiva que le permite interrogar su deseo; reconociendo que, aunque esta verdad es liberadora, no es un saber total, puesto que, como recuerda Salamone (2008), a la verdad “solo se la puede medio decir” (p. 35).

Categoría: Encauce del deseo

Subcategoría: La naturaleza del deseo en el psicoanálisis desde la necesidad orgánica hasta la falta estructural

4) Mirando hacia atrás, cuando aparecía ese impulso de consumir...

¿qué era lo que usted sentía que estaba buscando en ese instante?

Al indagar sobre la vivencia subjetiva que acompañaba al impulso de consumir, los relatos de los participantes demuestran que la adicción no opera

como la simple satisfacción de una necesidad biológica, sino como un intento recurrente de taponar una falta interna mediante un objeto concreto.

Algunos Sujetos destacan que la motivación inmediata era la obtención de placer, euforia y una efervescencia de adrenalina para *sentirse vivos por un segundo o estar tranquilos en su propio mundo*, utilizando la intensidad de la sensación para desconectarse de la angustia por deudas o de pensamientos humillantes:

- *Lo que yo buscaba sinceramente en ese instante era placer, adrenalina y, sobre todo, una solución a esa ansiedad insoportable. En ese momento mi único objetivo era buscar un alivio rápido y dinero para tratar de solventar mis cosas y pagar las deudas que la misma ludopatía me generaba. (Sujeto 1)*
- *Cuando aparecía ese impulso, lo que yo sentía que buscaba en ese instante preciso era sentir la adrenalina y un placer inmediato. Cuando estaba metido en las apuestas, a mí me gustaba sentir esa tensión del momento, la adrenalina... Pero cuando el consumo de la sustancia se sumó a esto, el impulso de consumir venía a buscar exactamente lo mismo: llevar esa adrenalina al extremo o anestesiar la insoportable ansiedad que me dejaba la espera del juego. En ese instante preciso, ya fuera apostando o consumiendo, lo que yo buscaba era una efervescencia de euforia, algo que me hiciera sentir vivo por un segundo y que, al mismo tiempo, me desconectara por completo de la realidad y del desastre que tenía encima con las deudas. (Sujeto 5)*

- *En mi caso era el placer, el placer de estar tranquilo, el placer de estar en mi mundo sin que nadie me moleste, prácticamente eso es lo que yo sentía. (Sujeto 6)*

Por otra parte, otros Sujetos 2 y 3 revelan que detrás de esta búsqueda yacía la intención de borrar traumas infantiles, rupturas afectivas o vivencias de dolor, evidenciando cómo la sustancia o la apuesta prometían erradicar un vacío que, en realidad, ningún objeto puede colmar plenamente:

- *Desde mi infancia siempre quise evadir mi realidad siempre, siempre, siempre quise evadir mi realidad, no me gustaba la realidad que vivía no me gustaban las cosas que me decían no me gustaba estar donde vivía siempre quise evadir mi realidad y la encontré mediante las drogas y mediante una supuesta familia en la calle y eso fue lo que a mí me mantenía en el consumo de heroína. (Sujeto 2)*

- *Lo hice por una ruptura amorosa quería borrar todo recuerdo todo pensamiento que se vendía a mi mente apagar digamos mi mente.*

(Sujeto 3)

Aunque, de igual forma, el testimonio del Sujeto 2 ilustra la diferencia entre el plano orgánico y la dimensión psíquica: aunque en un momento la urgencia se manifestó como una necesidad física del cuerpo (el síndrome de abstinencia), al estar limpio esta compulsión reapareció desplazada hacia las apuestas deportivas, confirmando que la búsqueda de fondo no era corporal sino la persecución de un alivio inalcanzable:

- *Después de eso ya se era muy tarde para mí porque a mí ya me llegó el síndrome de abstinencia, yo no podía pasar más de dos horas sin consumir heroína o darme un pase, como se dice vulgarmente porque*

mi cuerpo ya entraba al síndrome de abstinencia comenzaba a sentir escalofríos me dolían los huesos, comenzaba a vomitar yo no podía estar sin consumir ya por más que quisiera el síndrome de abstinencia me ganaba sentía que me moría yo estando aquí en Guayaquil sentía un escalofrío, me tiraba diez sábanas encima y aun así sentía frío por el síndrome de abstinencia, lo único que me calmaba era volver a consumir ya de borrar de borrar y olvidar mi vida pasó a volverse una adicción solamente porque yo ya no podía controlarla sino por el síndrome de abstinencia, consumía en contra de mi voluntad pero lo seguía haciendo ahora que caía aquí en la ludopatía después de varios años de estar limpio.

Finalmente, los Sujetos 1, 3 y 4 señalan el carácter efímero e ilusorio de esta dinámica, pues el efecto de la sustancia se agota rápidamente y devuelve al sujeto a su malestar inicial, alimentando una búsqueda sin fin:

- *En ese momento exacto uno cree que se siente bien, que la sustancia o la apuesta le van a dar la salida, pero no es así. Después de que pasa ese segundo de placer, quieres recuperar lo perdido, tapa una cosa con la otra y ahí es donde terminas consumiendo más, pierdes el control y te ahogas más en lo mismo. (Sujeto 1)*
- *. Me sentía tranquilo sí, normal no, tranquilo sí porque apagaba esos pensamientos, pero ya una vez que se iba al efecto otra vez se activaba y por ende volvía a consumir y como se fue haciendo monótono eso el consumo caía la adicción y la adicción tomó control en mi vida porque ya no la podía yo controlar. (Sujeto 3)*

- *Yo cuando consumía al principio me bien, no veía lo malo, como siempre los amigos dicen vulgarmente: un pase y ya se te quita, y así comenzó cuando consumía en el día y al siguiente día, y luego otra vez y se me hizo ya una adicción, ahora ya no podía dejar de consumir y ya me daba placer estar drogado, y luego yo me sentía mal al día siguiente y para no estar mal, de nuevo consumía, ¿Y por qué se sentía mal? Porque no sé, no, no, no tengo razón por qué me sentía mal, pero me daba placer estar así, me sentía tranquilo. Entonces buscaba estar tranquilo. (Sujeto 4)*

El impulso de consumir no responde a una necesidad física, sino a un intento fallido por llenar, con algo objeto externo, un vacío profundo que solo puede elaborarse mediante la palabra. Los relatos de los participantes describen de manera clara cómo el tóxico funciona como una vía para lidiar con un malestar personal intenso, como traumas infantiles, deudas o rupturas amorosas, evidenciando que el problema abarca dimensiones que superan por completo lo puramente biológico. En este sentido, la urgencia de estas personas por evadir su realidad, *apagar la mente* o encontrar tranquilidad demuestra en la práctica que “la demanda se opone a la necesidad, por ser la primera una cuestión de palabras que va más allá de la necesidad instintual” (Gallo Acosta, 2011, p. 101). Lo que la persona realmente pide a través del consumo supera el alivio del cuerpo; es un intento por silenciar el dolor de su propia historia.

A pesar de esto, los testimonios describen cómo este intento siempre fracasa. El efecto pasajero de la droga o del juego devuelve rápidamente a los individuos a su angustia inicial y los empuja a repetir el ciclo, dejando en evidencia que ninguna cosa material puede tapar ese vacío interno. Aquí es

donde cobra sentido afirmar que “El deseo —escribe Lacan en 1960— se esboza en el margen donde la demanda se desgarrar de la necesidad. Siempre presente y al mismo tiempo evanescente, el deseo es precisamente aquello que no puede ser nombrado en las prolijas demandas” (Álvarez, 1995, p. 70). Al respecto, conviene precisar que el malestar del sujeto no proviene del deseo en sí mismo, sino de su sofocación: al intentar obturar la angustia a través del acto de consumir, la dimensión deseante queda obturada. Los resultados muestran, por lo tanto, que la adicción se convierte en un ciclo repetitivo donde el objeto intenta tapar la falta estructural, impidiendo que el paciente ponga en palabras su sufrimiento y logre articular su propio deseo.

Subcategoría: La función del tóxico como cortocircuito del deseo y obturador de la falta constitutiva

5) ¿Qué lugar o qué papel representa el consumo frente a sus problemas o decisiones del día a día?

En la dinámica cotidiana de los participantes, el consumo adopta la función de un tapón que cancela el pensamiento reflexivo y la responsabilidad personal frente a las dificultades de la vida.

En esta pregunta, hubo Sujetos que coincidieron en caracterizar esta vivencia como una *anulación total*, en la que la urgencia por silenciar el malestar borra la posibilidad de proyectar un mañana, conduciendo a una pérdida de la perspectiva del tiempo en la que se llega a asumir la marginalidad o la autodestrucción como destinos inevitables:

- *El consumo lo que hacía era anularme por completo; no me dejaba pensar en planes ni en el futuro. Yo en lo personal, cuando estuve*

activo drogándome, yo no me veía futuro, nunca pensé en mi futuro, vuelvo y repito, nunca pensé en cumplir 27 años, nunca pensé ni siquiera en llegar a los 18 años. Yo quería morirme antes de los 18 años, porque esa era mi vida ya, había aceptado mi destino, como que digamos, morir en el consumo. Incluso mis padres me lo decían, que preferían verme muerto que seguir viendo cómo me mataba lentamente; entonces yo ya había aceptado ese destino. (Sujeto 2)

- *Yo creo que el consumo representa una anulación total, porque uno no piensa en resolver nada ni en lo que va a pasar. Yo en mi caso creo que ningún adicto tiene preparado un futuro ya cuando está en su etapa de adicción; él es prácticamente una basura, no cree en nadie, como dijo el compañero aquí, que dijo que intentó hasta suicidarse. (Sujeto 4)*
- *Estando yo en la parte de la adicción, no me miraba con un futuro. En el día a día, el consumo tomó ese lugar de escape. (Sujeto 6)*

De igual modo, otros dos de ellos exponen cómo la sustancia o las apuestas prometían una salida rápida frente a la angustia y las deudas; sin embargo, esa supuesta solución terminaba cortocircuitando el razonamiento, reemplazando la toma de decisiones consciente por respuestas puramente impulsivas que agravaban los problemas iniciales.

- *Frente a los problemas y las decisiones del día a día, el consumo lo que hace es que uno no piense en qué va a hacer ni en las consecuencias. Es que frente a cualquier problema uno no mide las consecuencias ya cuando está consumiendo; ya después, cuando se pasa la nota o cuando uno pierde todo, es que se ve y dice: “chuchica,*

¿qué hice?, ¿qué hice?”. Y ahí es que uno recién quiere recapacitar, tratar de buscar soluciones a sus problemas o ver cómo salir adelante, cosas que sí se pueden hacer por las buenas. (Sujeto 1)

- *El consumo y las apuestas terminaron tomando el control de todo. Yo al principio pensaba que con eso iba a resolver mis problemas, más que nada para tratar de recuperar la plata que me hizo perder mí, entre comillas, “amigo”, pero al final se convirtió en pura ambición y en mi forma de evadir las cosas. (Sujeto 5)*

Sin embargo, uno de ellos ilustra este proceso como un *bloqueo* en el que la exigencia ininterrumpida de la adicción acaparaba toda la actividad mental, paralizando el deseo de crecimiento y postergando indefinidamente sus metas personales:

- *Desde el año pasado supuestamente yo a mi mente le decía que sí, que ya este año iba a poner en marcha ese proyecto, pero la verdad que no. Frente a las decisiones cotidianas, el efecto del consumo como que me bloqueaba eso, porque como le digo, sí divagaba la mente, había días que decía: sí, ya voy a empezar. Pero al momento de actuar, la adicción es más poderosa; puede más la adicción que los proyectos o planes que uno tiene en la vida y a futuro. En el día a día, el vicio ganaba y terminaba postergando todo. (Sujeto 3)*

Los testimonios detallan que, lejos de ser un recurso frente a las exigencias diarias, el consumo se utiliza como un atajo ilusorio para silenciar el malestar presente. En lugar de impulsar a la persona a enfrentar su realidad, el efecto de la sustancia o del juego interrumpe su capacidad de decisión y paraliza la construcción de cualquier proyecto de vida. Esta dinámica describe en la práctica clínica cómo “advertimos al mismo tiempo que este último [el goce]

puede funcionar como una defensa, como una coartada, ante aquél [el deseo]” (De Olaso, 2018, p. 218). De este modo, se precisa que el malestar de los jóvenes entrevistados no proviene del deseo en sí mismo, sino de este refugio en el goce compulsivo como defensa para no confrontar la angustia deseante. Al aislarse en esta satisfacción inmediata, los pacientes levantan un escudo contra la exigencia subjetiva de hacerse cargo de su propia vida. Los resultados evidencian, por lo tanto, que “el goce masturbatorio no es aquí la solución del deseo, sino su aplastamiento” (De Olaso, 2018, p. 218). El encierro en ese alivio fugaz termina reduciendo al individuo a un ciclo repetitivo que aplasta sus metas y anula su proyección hacia el futuro.

Subcategoría: El eclipse del deseo singular por el peso de la identidad fija en las clínicas de rehabilitación

6) ¿Qué o quién siente usted que es el motor principal que lo sostiene en este proceso de rehabilitación?

Al indagar sobre la fuerza que sostiene el proceso de tratamiento, la mayoría de los participantes ubica su pilar fundamental en la reconstrucción del lazo afectivo con su entorno cercano. La mayoría de los Sujetos 1, 3, 4, 5 y 6 coinciden en colocar a la familia como el sostén principal que les otorga dirección y sentido para no recaer.

- *Mi motor principal es mi familia. Papá, mamá y hermana, porque ellos son los que me han ayudado en este proceso y siguen aún aquí conmigo. Solamente tengo que poner de mi parte nada más. (Sujeto 1)*
- *Mi motor sería mamá, papá y mi hermana. Porque siempre me han dado esas palabras de aliento. Y me han dado ese apoyo mutuo. Ese amor como familia que uno necesita en los peores momentos. (Sujeto 3)*

- *El motor mío es mis hijos y mi esposa, mi familia. Ellos me dan la razón para seguir adelante en el tratamiento. Ese es el motor mío, me inspiran a seguir adelante y no recaer. (Sujeto 4)*
- *Bueno, mi motivación en el transcurso de la recuperación para mí fueron mis hermanas. Mis dos hermanas porque ellas estuvieron en mis peores momentos ayudándome. Ellas me sacaron del hoyo en donde yo estaba y era mi motivación porque yo no las quería decepcionar y yo quería demostrarles que yo sí podía cambiar. (Sujeto 5)*
- *En mi caso es mi mamá. Mi mamá siempre ha confiado en mí y tiene fe en mí. Desde que se enteró de que yo consumía, siempre ha tenido fe de que yo iba a salir de esto. Y ahorita que estoy en recuperación, cada vez que la veo a mi mamá en las visitas, me siento alegre de verla porque ya la miro ya con ojos de que ya no sabe de qué su hijo ya no es un consumidor, sino que su hijo ya está sanando pocamente. Sanamente, está sanando lento, pero estoy sanando. (Sujeto 6)*

En estos relatos, la mirada y las expectativas del entorno familiar funcionan como un andamiaje esencial: para el Sujeto 5, la motivación nace del compromiso explícito de no decepcionar a sus hermanas y responder al apoyo recibido, mientras que para el Sujeto 6, la fe de su madre y el cambio en la forma en que ella lo percibe, pasando de la etiqueta de consumidor a la de alguien en sanación, constituyen el eje de su permanencia. Asimismo, los Sujetos 1 y 3 apoyan su esfuerzo en el amor y el aliento constante que sus allegados les brindan en los momentos de mayor fragilidad.

Por otro lado, uno de ellos plantea una posición distinta al descentrar a la familia como eje de su proceso, argumentando la eventual finitud de los lazos consanguíneos; en su lugar, sostiene su recuperación en la dimensión de un Poder Superior, la estructura del programa de NA y su propia implicación personal:

- Yo en lo personal, mis pilares fundamentales son mi poder superior, mi programa de Narcóticos Anónimos, y de ahí vengo yo. No escojo ni a mis padres ni a mi familia porque tarde o temprano ellos no van a estar, pero mi poder superior siempre va a estar cuando yo quiera y donde yo desee. Y lo igual que mi programa de Narcóticos Anónimos y de ahí yo. Esos serían mis pilares fundamentales de recuperación. (Sujeto 2)

El sostén en la rehabilitación se apoya inicialmente en el reconocimiento, la fe y la demanda que provienen del entorno familiar o de un marco institucional. Tal como se observa en los testimonios, la motivación de los pacientes por mantenerse sobrios está profundamente ligada a las expectativas de sus seres queridos: el esfuerzo se sostiene en el propósito de no decepcionar a sus hermanas o en el anhelo de cambiar la mirada de sus madres, buscando dejar atrás la etiqueta de consumidores. Estos relatos describen en la práctica clínica cómo “El deseo, entonces, aparece siempre en relación con el deseo del Otro [...] no es un deseo absolutamente propio [...] sino un deseo del deseo del Otro, que lo captura y lo determina” (Álvarez, 1995, p. 68). Este respaldo externo cumple una función protectora clave al ofrecer un punto de amarre simbólico inicial. Sin embargo, para que el paciente no quede alienado en complacer únicamente las expectativas de este Ideal y condicione su proceso a una nueva identidad fija asignada por su entorno, es necesario un pasaje

hacia la implicación subjetiva. Es en este punto de transición donde el tratamiento exige un cambio de posición: la expectativa familiar debe dejar de ser un mandato pasivo para transformarse en un enigma que interroga al sujeto en su propio querer, pues “La pregunta del Otro no debe responder como un oráculo definitivo, sino retornar al sujeto mediante la formulación del «Che vuoi?» (¿qué quieres?), ya que es esta interrogante la que “conduce mejor al camino de su propio deseo” (Lacan, 1960, p. 815). Solo al dejar de responder pasivamente a la demanda del Otro e interrogarse por aquello que él mismo busca, el individuo transita de la mera complacencia hacia una determinación verdaderamente propia en su recuperación.

Subcategoría: Hacia el encauce del deseo mediante la asunción de la falta para habilitar al sujeto

7) Durante tu proceso de rehabilitación, ¿has sentido que, aunque ya no consumas, sigue existiendo un vacío o una sensación de que "falta algo"? ¿Cómo describirías esa experiencia?

Al analizar en conjunto las respuestas sobre la permanencia del vacío o la sensación de que *falta algo*, se evidencia que la rehabilitación no elimina por completo las tentaciones ni los momentos de malestar, sino que plantea a los participantes el reto de reconocer esa realidad para, desde allí, elegir un camino distinto al consumo.

Uno de los Sujetos lo expresa de manera directa al admitir la presencia de un *vacío existencial* y reconocer que el deseo o la memoria sensorial no desaparecen del todo; sin embargo, al asumir que esa huella permanece,

elige integrarse activamente a grupos de apoyo en lugar de buscar tapar esa sensación con la sustancia.

- *Sobre ese vacío... tengo que encontrar alguna forma sanamente de liberar todo este estrés o de llenar ese vacío existencial que existe en mí, y no creo que sea el único que lo tenga. De una u otra forma tengo que buscarlo, pero esta vez sanamente, porque como dije, esta es mi segunda rehabilitación, sin embargo, esta no ha sido igual a la anterior. El deseo de consumir siempre va a estar, el deseo nunca se va a ir. Pero créame que ya uno aprende a vivir con eso y ya uno se vuelve parte de eso. Al menos yo, en el tema de la heroína, ya sé cómo lidiar con los pensamientos, los ataques de ansiedad y todas esas cosas. A pesar de que han pasado nueve años, a veces he tenido sueños de consumo o a veces me levanto, me restriego la nariz y siento clarito el olor a la heroína. Entonces, a pesar de que han pasado varios años, ahí me doy cuenta de que tengo que seguir trabajando en mi programa y seguir asistiendo a reuniones de Narcóticos Anónimos, porque eso es lo que, a mí, me funciona: estar con personas con la misma problemática e identificarnos. Eso me ayuda bastante. (Sujeto 2)*

Por otra parte, frente a los bajones emocionales o la reaparición de impulsos, dos de los Sujetos 3y6 deciden no recurrir al aislamiento del pasado ni a las drogas, optando por encauzar lo que sienten a través de la palabra y el diálogo con su familia.

- *Bueno, sobre cómo llevar eso o si me vienen las ganas durante la rehabilitación, la verdad, sinceramente, no puedo volver a consumir porque si no perdería mi trabajo. La verdad, si tuviera esos deseos de*

volver a consumir, lo conversaría con mi mamá, con mi papá o mi hermana, como lo digo. Porque siempre ellos han estado ahí en mi vida, como digo, en los peores momentos. Pero fui yo quien se alejó de ellos, en no acudir cuando he tenido un problema o incluso este problema, este error que estuve cometiendo. (Sujeto 3)

- *Bueno, sobre si siento que falta algo o si hay un vacío en la rehabilitación, ya no siento depresión, aunque claramente que se sienten los bajones emocionales y todo ese tipo de cosas, pero no la depresión. Yo ya no siento la depresión como antes sí la sentía. Y si en esos momentos me llega esa sensación o tuviera nuevamente ese deseo de volver al consumo, yo lo lidiaría con mi mamá. Sí o sí, con mi mamá, hablaría con ella. Aunque yo sé que como dicen, mamá para siempre no es. Pero como yo todavía la tengo en casa conmigo, entonces yo creo que mi mamá sería la solución para que pueda ayudarme a no meterme nuevamente a consumir nada de eso. (Sujeto 6)*

Asimismo, otros dos Sujetos reconocen que las tentaciones o las oportunidades de consumir en libertad siguen estando presentes, pero sostienen una postura de decisión propia donde eligen conscientemente poner un límite:

- *Estando en rehabilitación, si se me viene ese pensamiento nuevamente de consumir, yo lo alejo de mí y sigo, y sigo. No me detengo. Pero sí se me viene el pensamiento. Y por eso le digo, no voy a recaer con la droga porque ya he tocado fuego. Es difícil, es muy duro. Es difícil*

porque yo lo he sentido, yo soy compañero con la marihuana, que ha de ser igual con las otras drogas. (Sujeto 4)

- *Si por mí fuera, yo pudiera estar en donde quiera consumiendo y nadie se enteraría. Pero yo mismo me dije no, yo no lo quiero hacer, no quiero volver a eso. (Sujeto 5)*

Finalmente, la postura del Sujeto restante ante la idea de volver a apostar con *responsabilidad* muestra la tentación que todavía persiste, aunque termina inclinándose por la decisión de no regresar a ese hábito:

- *Si vuelve esa tentación o alguna recaída en la sustancia, la verdad, si vuelve alguna recaída, yo soy honesto: actuaría con responsabilidad ya. ¿Cómo sería actuar con responsabilidad ahí? No al extremo como yo lo hacía antes, que consumía y apostaba por apostar, por pura impulsividad, por la desesperación de querer llegar a sacar el préstamo que hizo esta pana. Entonces, sí se me puede pasar por la cabeza volver a recaer en las apuestas, ya no en las drogas, pero sinceramente tal vez sí quiera volver a apostar, pero repito, lo haría con responsabilidad, no al exceso, eso en el caso de haber una recaída, pero la verdad es que no lo quiero hacer, no quiero volver a eso.*

(Sujeto 1)

8) Hoy en día, ¿has pensado en metas personales, hacia dónde apuntan y qué diferencia tienen con lo que querían en el pasado?

Al comparar lo que querían antes con lo que buscan ahora, los seis participantes muestran un cambio muy claro: pasaron de pensar solo en el consumo a planear su futuro. Todos los sujetos coinciden en que, en el

pasado, no pensaban en el mañana, porque su mente solo estaba enfocada en las drogas.

Una vez que logran pensar con mayor claridad, los Sujetos 1 y 2 buscan trabajar de forma honrada para pagar sus deudas y, más adelante, formar una familia:

- Uno siempre piensa en futuros con la mente ya consciente y clara. Antes de la rehabilitación eso no se piensa, Ahora sí, yo sí. Pienso en que, al salir de aquí, obviamente, directo a la obra, a trabajar. Porque uno sale de aquí, pero ya como enfrentar las cosas con responsabilidad. Y seguido de eso, ya tratar de solventar mis deudas. Una vez solvente mis deudas, pensaría ya en un futuro, ya como familia, unirme y todas esas cuestiones.

(Sujeto 1)

- Ahorita, estando interno, obviamente que sí lo he pensado. Tengo un futuro muy prometedor por delante que espero que se cumpla honestamente. Tengo muchas cosas que hacer, muchos planes que hacer, dinero que pagar, dinero que ganar, honradamente por supuesto, nada de dinero fácil ni nada por el estilo. Pero sí lo he pensado, en mis metas personales. Ya cuando vuelvo y le repito, ya cuando tú dejas de consumir y tienes tu sano juicio, recuperas tu sano juicio para tomar decisiones, ya piensas en tu futuro. Puedes pensar en una vida. Incluso en una familia, como es mi caso, que yo no tengo ni esposa, ni hijo, ni nada. Entonces, te hace pensar eso, en las cosas y deseos que realmente quieres. (Sujeto 2)

Por su parte, los Sujetos 3 y 6 se enfocan en proyectos personales y de estudio:

- *Sí, sí he pensado en mi futuro, tengo un proyecto en mente y varios planes en los que pienso en lograrlos, en lograr esos proyectos, esos objetivos, tenerlos. Antes no pensaba en nada de eso, como comenté antes, yo solo pensaba antes en estar drogado, relajado en mi cuarto, con música y no sentir ni pensar en nada. (Sujeto 3)*
- *Bueno, pues, con lo que dije de mi deseo de estudiar enfermería, esa es mi meta personal principal por ahora, y sí siento una diferencia con lo que quiero ahora y antes quería, porque siento la diferencia de estar consciente en sí, más claro. Porque como le mencioné antes, no estaba consciente de las cosas que yo hacía. Solamente me interesaba era meterme más pastillas, pastillas y pastillas. Entonces, la diferencia de ahorita es que ya siento y estoy consciente de las cosas que estoy haciendo y pienso. En este caso, que es estudiar enfermería, que ya estoy consciente y preparado para ya salir de aquí y seguir estudiando.*

(Sujeto 6)

El Sujeto 4 pone como meta principal no recaer, mantener su trabajo y estar bien con su esposa e hijos:

- *Pues, siempre pienso en mi familia, mi esposa y mis hijos, como meta personal podría decirse que sería no recaer, seguir adelante, salir bien rehabilitado y poder volver a mi familia y estar unidos, no tener problemas en mi trabajo y sentirme bien conmigo mismo. Y pensar en esto sí hay una diferencia porque ahora pienso en esto y antes solo pensaba en consumir. (Sujeto 4)*

Finalmente, el Sujeto 5 decidió hablar con la verdad a sus amigos sobre su adicción, lo que le permitió poner límites claros para no recaer, sin necesidad de alejarse de ellos. En conclusión, la gran diferencia con el pasado es que ahora los participantes pueden tomar decisiones de forma consciente.

- *Bueno, hoy en día, sobre mis metas personales y lo que quiero a diferencia del pasado, mis metas apuntan a seguir todo normal, como lo estoy haciendo hasta ahora. Porque incluso yo después, cuando salí del proceso de recuperación, a mí una vez me dijeron que tengo que alejarme de mi entorno, de mis amistades. Yo, por lo menos en mi caso, dije “no, yo no lo voy a hacer”. Porque el problema no son mis amigos, el problema era yo, el adicto era yo. Yo decía, ellos son mis amigos de toda la vida, no tengo por qué alejarme de ellos. Lo que sí hice fue en ese momento contarles la verdad. Conté por lo que yo había pasado, por la adicción que había tenido con el consumo y las apuestas. Y ellos me supieron entender. (Sujeto 5)*

Al analizar de manera conjunta las respuestas de las dos preguntas de esta subcategoría, se evidencia que la rehabilitación no elimina por completo la sensación de vacío ni la memoria sensorial del consumo, sino que sitúa al paciente frente al reto de reconocer esta realidad para elegir un camino distinto. Los testimonios revelan que la tentación, los bajones emocionales y la sensación de que *falta algo* persisten en el tiempo, lo que demuestra en la práctica clínica que “el sendero que ahora se va delineando entre el goce y el deseo no implica el atravesamiento o la transgresión de una barrera”, sino más bien “un agujero que es el lugar mismo de la angustia” (De Olaso, 2018,

p. 219). Es justamente al aprender a soportar este agujero existencial, ya sea hablando con la familia, poniendo límites conscientes o apoyándose en grupos terapéuticos, que los sujetos evitan taponarlo compulsivamente con la sustancia.

Al renunciar a la inmediatez del tóxico y transitar por esa angustia, los participantes experimentan una recuperación de la claridad mental que les permite formular nuevas metas. A diferencia del pasado, donde la atención estaba absorbida únicamente por la adicción y el aislamiento, ahora logran proyectarse hacia el futuro mediante propósitos concretos: iniciar estudios en enfermería, trabajar honradamente para saldar deudas o consolidar a sus familias. Este desplazamiento vital, donde la persona moviliza su energía psíquica para enlazar un proyecto con otro en una búsqueda continua, refleja de manera clara cómo “el deseo es la metonimia del ser en el sujeto; el falo es la metonimia del sujeto en el ser” (Lacan, 1959, p. 32). En definitiva, al asumir la falta estructural en lugar de intentar anularla con un objeto, el paciente deja de estar paralizado por el circuito adictivo y logra encauzar su deseo como un motor que lo impulsa a sostener, con responsabilidad y consciencia, su proyecto de vida.

CONCLUSIONES

El desarrollo de esta investigación permitió cumplir a cabalidad con el objetivo general al analizar la importancia de la función de la palabra en el encauce del deseo en sujetos toxicómanos en proceso de rehabilitación en una clínica de adicciones de la ciudad de Guayaquil, empleando una metodología cualitativa para comprender de qué manera esto posibilita al sujeto reinventar su posición frente al malestar. Con ello, se dio respuesta directa a la pregunta de investigación, demostrando que la palabra actúa como eje fundamental para que el sujeto abandone el acto destructivo de la sustancia, asuma su falta estructural y logre orientar su subjetividad hacia un proyecto de vida consciente.

En concordancia con los objetivos específicos y las preguntas planteadas, al examinar la función de la palabra en el abordaje clínico dentro del proceso de rehabilitación, se concluye que esta cumple una función desalienante e instituyente. Frente al uso del tóxico como un cortocircuito que anula el malestar mediante la inercia del acto, la intervención orientada por la palabra introduce un corte en la repetición. Se evidenció que el espacio terapéutico no debe validar etiquetas rígidas o universales como la de *adicto*, sino propiciar un decir singular que rompa con la queja pasiva y movilice al paciente a responsabilizarse de su sufrimiento.

Asimismo, al describir la configuración del encauce del deseo en el sujeto toxicómano, se comprobó que este proceso se consolida a partir del reconocimiento y la asunción de la falta estructural. Los resultados del análisis cualitativo reflejaron que la rehabilitación no elimina por completo la memoria sensorial ni el deseo de consumir; sin embargo, el avance terapéutico ocurre

cuando el sujeto con toxicomanía deja de intentar obturar ese vacío existencial con el tóxico. Al lograr procesar sus bajones emocionales y tensiones a través de la elaboración simbólica, los participantes transitaron de estar absorbidos únicamente por el consumo a proyectar metas personales claras, como el trabajo honesto, la formación académica y el desarrollo autónomo. Por otra parte, al determinar la articulación de la función de la palabra y el encauce del deseo en la reconstrucción del lazo social, se concluyó que la puesta en circulación del decir y el direccionamiento del deseo operan como un puente simbólico indispensable para la restitución vincular y afectiva. Los testimonios revelaron que, al abandonar el aislamiento al que conducía la adicción, el sujeto logra reinsertarse en su entorno, como familia, amigos y grupos de apoyo, mediante el diálogo sincero y la construcción de un proyecto compartido, superando así los esquemas asistenciales centrados exclusivamente en el control conductual y la abstinencia física.

Se concluye que, si bien las instituciones de rehabilitación ofrecen un entorno indispensable para alcanzar efectos terapéuticos, la intervención psicoanalítica dentro de la situación analítica resulta determinante para producir efectos analíticos. Es esta distinción la que permite al sujeto no solo abstenerse del consumo, sino desarticular sus identificaciones patológicas, responsabilizarse de su modo de gozar y habilitar la pregunta por su propio deseo.

Finalmente, la metodología cualitativa implementada demostró ser plenamente adecuada para los propósitos del estudio, ya que permitió priorizar la experiencia subjetiva y rescatar la palabra viva de los sujetos con toxicomanía en la realidad de Guayaquil. Es así como la investigación ratifica

que la clínica de las toxicomanías debe trascender la mera contención institucional, apostando por una intervención que restituya la dimensión del deseo, la singularidad y la responsabilidad del sujeto frente a su propia existencia.

REFERENCIAS

- Álvarez, J. M. (1995). El deseo en psicoanálisis. *Anuario de Sexología*, 1, 67–71.
- Álvarez Bolívar, A., Díaz Agudelo, K., y Osorio García, J. (2014). Toxicomanías: la obturación del deseo en una economía tóxica. *Revista Psicoespacios*, 8(12), 421–439.
<http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>
- Aramburo, N. U. (2024). El abordaje científico de las toxicomanías y las variantes de una cura tipo: clínica de las toxicomanías. *Affectio Societatis*, 21(40), 1.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9921517>
- Cepa Vallejo, M., et al. (2024). Consumo de alcohol en espacios públicos y su incidencia en la seguridad ciudadana en el Distrito Metropolitano de Quito. *Innovación & Saber*.
<https://www.innovacionysaber.isupol.edu.ec/index.php/innovacion/articulo/view/91>
- De Olaso, J. (2018). *Deseo y goce. Articulaciones posibles e imposibles* [Ponencia]. 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, Argentina.
<https://www.aacademica.org/000-122/409>

De San Jorge-Cárdenas, X. (2021). Subjetividad en la trayectoria del consumo adictivo. HAAC Journal.

[https://ojs.haaj.org/journal=haaj&page=article&op=view&path\[\]=606\[2](https://ojs.haaj.org/journal=haaj&page=article&op=view&path[]=606[2)

Flores Pérez, E. (2007). Estudio de caso de la experiencia subjetiva del cuerpo en la trayectoria con el uso de drogas. *Salud Mental*, 30(2), 1-

10. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000200015

Freud, S. (2019). *Psicoanálisis aplicado y técnica psicoanalítica* (L. López Ballesteros y de Torres, Trad.; 3.^a ed.). Alianza Editorial.

Galante, D. (2021). *La salida de las toxicomanías: ¿De qué nos libera el consumo?* Grama Ediciones.

Galante, D., Naparstek, F. A., Levato, M., y Salamone, L. D. (Coords.). (2008). *Lo inclasificable de las toxicomanías: Respuestas del psicoanálisis*. Grama Ediciones.

Gallo Acosta, J. (2011). Clínica del deseo y el amor: La clínica psicoanalítica. *Cultura, Educación y Sociedad*, 2(1), 101–104.

Gasquet, G., Paturllanne, E., Rojo, C., Saraceno, G., y Verger, T. (2021). La función del tóxico en la clínica de las toxicomanías. *Revista Psicoanálisis en la Universidad*, (5), 145–155.

González Guerras, J. (2008). Psicoanálisis y toxicomanía. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 1(4), 1-14.

Guzmán, V. (2021). El método cualitativo y su aporte a la investigación en las ciencias sociales. *Gestionar: revista de empresa y gobierno*, 1(4), 19-31.

Instituto del Campo Freudiano. (1995). *Pharmakon* (Vol. 2).

Lacan, J. (2008). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos 1* (T. Segovia, trad., 2.^a ed., pp. 227-310). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1953).

Lacan, J. (2009). *Escritos 1* (T. Segovia y A. Suárez, trads.; 3.^a ed.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1966).

Lacan, J. (2014). El seminario de Jacques Lacan: Libro 6. *El deseo y su interpretación (1958-1959)* (J.-A. Miller, ed. de texto; G. Arenas, trad.). Paidós. (Obra original publicada en 2013)

Laplanche, J., y Pontalis, J.-B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis* (F. Gimeno Cervantes, trad.; D. Lagache, dir.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1967)

Laurent, É. (1993). Tres observaciones sobre la toxicomanía. *Pharmakon Digital*. <https://pharmakondigital.com/es/tres-observaciones-sobre-la-toxicomania/>

López, S. (s. f.). Adicción y toxicomanía ¿una cuestión de términos? *Anuario Temáticas en Psicología*, 5, 255-260.

- Lora, M. E., & Calderón B., C. (2010). Un abordaje a la toxicomanía desde el psicoanálisis. *Ajayu*, 8(1), 151–171.
- Maldonado, E. A. H. (2023). Las implicaciones del enfoque hermenéutico interpretativo en investigación educativa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 10561-10576.
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8069>
- Martínez, M. G., & González, L. S. (2015). Contribución de la técnica del grupo focal al acercamiento a la percepción estudiantil sobre accesibilidad en el entorno universitario. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 15(1), 1-16.
<https://www.redalyc.org/pdf/447/44733027002.pdf>
- Miller, J.-A. (1997). Jacques Lacan y la voz (A. Calderón de la Barca, trad.). *Freudiana*, (21), 9–17.
- Miller, J.-A. (2026, 14 de enero). La droga de la palabra. *Pharmakon Digital*, (5). <https://pharmakondigital.com/es/la-droga-de-la-palabra/>
- Moreno Cardozo, B. R. (2007). Toxicomanías y psicoanálisis [Reseña del libro *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*, por S. Le Poulichet]. *Desde el Jardín de Freud*, (7), 313–316.
- Naparstek, F. A. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo I*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*.

Ortega Bobadilla, J. (2015). El goce del adicto: Psicoanálisis y toxicomanía.

Errancia: Políticas, (12).

http://www.iztacala.unam.mx/errancia/v12/polieticas_3.html

Paragis, P., & Fariña, J. J. M. (2021). La ruptura del lazo al Otro en las toxicomanías: Reflexiones éticas sobre la posición del analista. *Rev. univ. psicoanál,* 87-95.

https://www.psi.uba.ar/publicaciones/psicoanalisis/trabajos_completos%20-%20Copia/revista21/paragis.pdf

Regnault, F. (2016, 14 de mayo). Sobre "El reverso de la biopolítica" de Éric Laurent (I) (F. Lacruz, trad.). *Lacan Cotidiano*, (581).

<http://www.lacanquotidien.fr>

Salamone, L. D. (2015). *El silencio de las drogas*. Grama Ediciones.

Suárez Trujillo, A. P. (2023). Análisis psicoanalítico sobre las toxicomanías: estudio de revisión.

<https://repositorio.puce.edu.ec/bitstreams/2ce295d6-b91f-4d75-8322-a76b1bde7ab8/download>

Torres, M., Paz, K., & Salazar, F. (2019, September). *Métodos de recolección de datos para una investigación.*

https://www.academia.edu/download/38856523/art_metodos_de_recolleccion_de_datos.pdf

Villella, P. (2024). *Adicciones y trastornos en el vínculo de apego: un estudio comparativo entre personas en tratamiento y grupo control* (Doctoral

dissertation, Universidad del Salvador).

<https://racimo.usal.edu.ar/9007/1/5000265140->

[Adicciones%20y%20trastornos%20en%20el%20v%C3%ADnculo%20](https://racimo.usal.edu.ar/9007/1/5000265140-Adicciones%20y%20trastornos%20en%20el%20v%C3%ADnculo%20)

[de%20apego.pdf](https://racimo.usal.edu.ar/9007/1/5000265140-de%20apego.pdf)

Zanghellini, J. (Dir.). (2008). Los tiempos del sujeto del inconsciente: *El psicoanálisis en su tiempo y el tiempo en el psicoanálisis*. Escuela de Psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano.

ANEXOS

Formulario de Consentimiento Informado para los participantes del Grupo Focal

Entiendo que la aplicación del Grupo Focal es parte de una investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil cuyo objetivo de esta investigación es analizar la importancia de la función de la palabra y el encauce del deseo en hombres adultos con toxicomanía en proceso de rehabilitación en una clínica de adicciones de la ciudad de Guayaquil.

Como parte del estudio, se aplicará el Grupo Focal sobre la función de la palabra y el encauce del deseo en el proceso de rehabilitación. Se me ha explicado el propósito de este instrumento y entiendo el contenido de este. Si yo decido participar en el estudio, entiendo que yo participaré en un diálogo grupal donde responderé a preguntas sobre mi historia de vida, mis reflexiones sobre el consumo y mi proceso actual de rehabilitación.

Entiendo que estoy participando libre y voluntariamente sin ser obligado/a en cualquier forma a hacerlo, y que tengo el derecho de responder o no a determinadas preguntas y a negarme a participar, si así lo deseo.

Entiendo que mi identidad se mantendrá estrictamente confidencial, al igual que toda la información aquí proporcionada, la cual será utilizada solo para fines de investigación científica.

Declaración de Consentimiento.

Mediante esta declaración yo acepto participar en este estudio, y acepto que se grabe el audio y que se tomen fotos durante este momento, aunque éstas no serán publicadas en ningún medio. Entiendo que mi nombre no se vinculará a la grabación ni a las fotos, y que nadie podrá vincularme a las respuestas que he contestado.

Sé que tengo el derecho de hacer preguntas en todo momento y que no tengo que contestar las preguntas que no quiera. Entiendo que, si decido participar en este estudio, puedo dejar de participar en cualquier momento y que nada malo me va a pasar.

☐ Sí estoy de acuerdo

☐ No estoy de acuerdo

Su Nombre

Su Firma

Fecha

Nombre de la persona obteniendo el consentimiento

Firma de la persona obteniendo el consentimiento

Fecha

Uso del material audiovisual

La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil pudiera usar las fotos, los videos o las grabaciones, en parte o del todo. Por favor lea y seleccione aquello con lo que usted está de acuerdo.

Yo autorizo a que las fotos o videos en que yo salgo:

Sean usadas para el propósito de investigación

☐ Si ☐ No

Sean usadas para enseñar y entrenar a otras personas

☐ Si ☐ No

Sean usadas para congresos y eventos científicos.

☐ Si ☐ No

TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO FOCAL

Buenas tardes a todos. Les agradezco sinceramente su tiempo y la predisposición para estar hoy aquí. Me presento, mi nombre es Angeline Palomeque y estoy realizando esta actividad como parte de mi trabajo de titulación en Psicología Clínica por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

El objetivo de este espacio es conversar libremente sobre sus experiencias de vida, cómo ven su proceso de recuperación y las cosas que han sido importantes para ustedes a lo largo de este camino. Aquí no hay respuestas correctas ni incorrectas; lo valioso es la palabra y la vivencia de cada uno de ustedes. Les recuerdo que este espacio es completamente confidencial y anónimo; la sesión será grabada únicamente en audio para poder analizar la información con fines académicos, tal como se indicó en el consentimiento informado que firmaron ¿Tienen alguna duda antes de comenzar?

Bien, para dar inicio, me gustaría que pensemos en las cosas que escuchamos de los demás a lo largo de nuestra vida y el impacto que tienen en nosotros.

- 1) ¿De qué manera siente usted que las palabras o frases de personas importantes en su vida han ido marcando su historia y este proceso de rehabilitación que recorre hoy?

Sujeto 1

Bueno, en este caso sí me han impactado algunas palabras fuera de aquí del internamiento. Frases no solo de familiares sino también de otras personas, frases como: no sabes pensar muy bien, ¿por qué tomaste esas decisiones? Y a la larga eso afecta mucho aquí. Entonces, aquí en mi internamiento he tratado también de aportar un poquito con los doctores, con los psicólogos, para poder tratar de recuperarme. Y así, a su vez, salir de este internamiento lo más recuperable posible que sea, valga la redundancia. Y sí, sí, ya le digo, no en torno a familiares solamente, sino que también amigos que te dicen palabras que se te quedan. Pero bueno, ahí es donde uno saca más fuerza y trata de cambiar para seguir.

Eso es fuera de aquí, dentro del hospital no, porque aquí, gracias a Dios, nos llevamos bien con mis compañeros. Hay unas palabras que sí solemos decir, pero fuera de lo común. En este caso a mí, en lo personal, todavía no me ha afectado aquí hablando del internamiento. Gracias a Dios, no, aquí no.

Sujeto 2

Yo le voy a conversar sobre mi primer tratamiento. Este es mi segundo tratamiento, ya mi primer tratamiento ingresé por el tema de heroína a los 18 años. Llevo 9 años limpio de alcohol y drogas, y gracias al programa de Narcóticos Anónimos. Ahora, yo conocí la heroína a los 13 años, entonces a mí me afectó muchas cosas que me dijeron mis padres, familiares, hermanos, entre tantas cosas que puedo, no quiero ni recordar, pero tal vez destacar, que mi padre me deseaba la muerte, mi madre me deseaba la muerte, en vez de verme así, en esa condición que estaba.

Mis hermanos nunca permitían que me acercara a ninguno de mis sobrinos, porque yo soy el hermano menor, y todos mis hermanos tenían más edad que yo, haciéndome sentir como que si yo les vaya a hacer algún tipo de daño a mis sobrinos. No me dejaban acercar, me alejaban de ellos, en la calle ni qué se diga. Yo recibía maltrato de tantas personas, que eres un inútil, que eres un tonto, maldito drogadicto, lárgate de aquí, no sirves para nada, eres un simple hachero más del montón.

Entonces, las palabras afectan y te afectan la moral bastante, al extremo de creértelo. Yo ya me creía todo lo que me decían, entonces, yo teniendo 17 años, yo ya decía, para qué vivir, yo ya me quería morir, pero morirme en las drogas, yo no quería seguir viviendo, nunca imaginé llegar a tener 27 años, nunca imaginé llegar a tener una profesión, pero son cosas de la vida, entonces, que se fueron dando poco a poco, pero sí afectaron, sí afectaron. Y ahora, en estos nueve años de recuperación, quiero destacar algo importante, porque a pesar de haber estado limpio nueve años de alcohol y drogas, ahorita tuve una recaída con este tema de las apuestas deportivas, muy pocas personas han reconocido el valor y la fuerza que yo he tenido para mantenerme limpio de alcohol y drogas durante nueve años, y una sola persona lo reconoció, y me pareció genial saber que mi trabajo durante nueve años no ha sido inútil, saber que yo tal vez sea esa esperanza para un recién llegado, para una persona nueva, para un adicto más que necesite su ayuda, que el programa sí funciona y que sí podemos vivir limpios de alcohol y drogas, que sí es posible, que es duro, pero es posible.

Sujeto 3

Bueno, en lo personal, no tuve ese tipo de comentarios o palabras negativas en mi vida, más bien, mis padres siempre me daban los buenos consejos y me hacían ver a qué punto podría llegar si yo seguía en el consumo. Incluso tengo un primo que es NA, es huérfano, y a él lo veía como un ejemplo, pero al mismo tiempo mi consumo me hacía avergonzarme de pedirle consejos o ayuda a él por parte motivacional. Pero la frase que siempre recuerdo es: Que el mejor día de mi vida es el hoy, pero mañana va a ser mucho mejor. Recordar esa frase me ha ayudado en mi proceso de rehabilitación aquí.

Sujeto 4

Hace un tiempo atrás yo solo consumía y consumía, no me importaba mi familia, hasta que mi esposa me dijo, o paras o paras, y nos separamos. Esa fue la frase que impactó en mí y yo decidí internarme aquí en la clínica, que es muy bueno, no daba muchos consejos, como el soportar, porque estar encerrado en un lugar es difícil, no es fácil estar aquí adentro, es difícil estar. El proceso es muy bueno, nos da consejos, los psicólogos nos ayudan. Ya cuando salgas vas a tener otra perspectiva de ver la vida, ya no como las que tenía antes.

Sujeto 5

Yo no soy de hablar mucho, pero algo que me ha afectado a mí en lo personal, en mi vida, yo considero que es a veces el trato con mi mamá. Porque mi mamá nunca, a pesar de que yo ya tengo 40 años y puede que algunas personas digan, ya no los necesitas, mis hermanos y yo nunca hemos sentido, se podría decir, cariño de nuestra mamá. Nunca.

Ella no es expresiva, nunca ha sido expresiva. Desde que tenemos uso de razón todos, yo ya tengo 40 años, pero desde que tengo uso de razón desde pequeño, yo nunca he escuchado un te quiero de mi mamá. Nunca. Y a veces eso sí afecta en la vida. Y con el pasar de los años nos afecta, en algún aspecto de la vida nos afecta. Cuando yo reconocí que tenía un problema de adicción, porque yo me hice, lamentablemente me hice adicto, yo la primera vez cuando acepté eso, que tenía un problema, yo fui con una doctora en el norte que es bien conocida.

Y la primera palabra de ella, yo fui con mi hermana la primera palabra de ella fue, su hermano no tiene arreglo, no tiene solución, nunca se va a curar. Esas palabras me golpearon en su momento, porque que una profesional diga eso, nada que ver. Pero con el tiempo, con los días, el pasar de los días, yo dije a mi hermana, yo no voy a ir a esa clínica, no me voy a internar nunca, y al mismo tiempo esas palabras después me motivaron para decir, no, yo puedo hacerlo, yo puedo recuperarme.

Y gracias a Dios conocí esta clínica y gracias a que yo me lo propuse, y gracias a la ayuda de los psicólogos, de los psiquiatras de aquí, me ayudó a recuperarme, que yo en la actualidad me siento que me he recuperado.

Sujeto 6

Buenas tardes, pues soy consumidor de marihuana y fui adicto a las pastillas. En sí he recibido críticas, más críticas de afuera que de mi propia familia. Más claro de mi familia no he recibido ninguna palabra obscena o ninguna palabra, digámosle que, si eres drogadicto o no, pero sí me ha marcado el punto de saber yo, de que mi mamá sepa que yo, que su hijo es un consumidor, porque

o ver en los ojos y saber que fui un consumidor. Pero las palabras que más me han marcado a mí, que son de personas X, personas de afuera, ha sido que soy un drogadicto, que mi futuro se va a dañar por eso, por el consumo, cosas que no es así. Bueno, claramente estoy en esta clínica por decisión propia, pero yo veo que mi futuro todavía sigue intacto y sigue, digamos, yo estoy estudiando enfermería.

Y además de haber consumido y estar en todo ese pocotón de cosas, yo me he mantenido con mis notas buenas. Y entonces eso se da a notar de que igualmente tú, aunque te digan un pocotón de cosas y tú cambies, puedes ayudarte a ti mismo.

Pasando a otro aspecto, si se ponen a pensar en los momentos previos a estar en este centro y en lo que sentían.

2) ¿Cómo se explica usted la causa o el origen del malestar que lo inducía al consumo?

Sujeto 1

En lo personal, el detonante de mi malestar y la razón por la que terminé en el consumo fue mi adicción a las apuestas, la ludopatía. Todo empezó por un compañero, un entre comillas “amigo”. Hicimos un préstamo mutuo donde quedé como garante codeudor, pero a los tres meses este sujeto se fue del país y me dejó toda la carga a mí. Al verme con semejante deuda, en mi desesperación por recuperar la plata, empecé a buscar dinero fácil y entré fuertemente a apostar. Apostaba cientos y miles de dólares, pero fue un desastre: pura pérdida. Tuve que vender mi carro y mis cosas por la ambición de recuperar lo perdido y seguir en el vicio.

Ahí fue donde colapsé y donde nació mi verdadero malestar. Mi ansiedad y mi depresión se fueron al extremo; me levantaba a las dos o tres de la mañana, me iba al baño y me miraba al espejo a decirme: ¿Qué hice? ¿Por qué firmé ese papel? ¿Por qué fui garante? La culpa y la desesperación de no ver una salida me superaron por completo.

Para intentar apagar esa ansiedad insoportable, la paranoia y los pensamientos que no me dejaban dormir, me refugié en la sustancia. El consumo empezó como un anestésico, una forma de no pensar en las deudas, en la estafa ni en la pérdida de mis cosas; pero terminó convirtiéndose en otra adicción que se sumó a las apuestas y me hizo tocar fondo. Llegué a un extremo donde ya no daba más, y aunque al principio no estuve de acuerdo cuando mis padres me internaron, hoy entiendo que las cosas pasan por algo. Gracias a Dios estoy aquí tratando de superar ambas adicciones, para salir tranquilo y afrontar la vida afuera de la mejor manera.

Sujeto 2

Bueno, a mí en lo personal, yo tuve dos detonantes en mi vida, para consumir drogas.

El primer detonante, yo la heroína la conocí a los 13 años, pero yo ya fumaba marihuana de los 10 años. La marihuana nunca me gustó, porque siempre me dejaba medio tonto, y nunca me gustó ese efecto, pero aun así lo fumaba, ¿por qué? Porque en el barrio todo el mundo lo fumaba. Yo crecí, nací en un barrio marginado, barrio caliente, una favela, digámosles así.

Entonces, era normal todo el mundo salir a jugar pelota y fumar marihuana. Era normal, de chicos de mi edad hasta mayores, y no pasaba nada, era algo

normal. Entonces, y aparte de que yo tampoco tenía una estabilidad, ni alguien que, ni una referencia de un padre, ni una madre que me digan, ¿sabe qué? Esto está bien, esto está mal.

Eso yo lo aprendí en la calle, dándome duro. Entonces, esos fueron mis detonantes, por los cuales yo pasé de la marihuana, después a la heroína, y de ahí a los 18 años tuve mi primer tratamiento. Salgo, y ya teniendo 8 años en rehabilitación de alcohol y drogas, vuelvo a recaer, pero esta vez en el tema de la ludopatía, de las apuestas deportivas.

Y el detonante de todo esto fue que resentimiento del pasado, y aparte el tema de no saber manejar mis emociones. Yo me había alejado mucho de Narcóticos Anónimos, llevaba 3 años sin asistir a una reunión de NA, que fue lo que a mí me sacó de mi primera adicción.

Sujeto 3

El detonante para yo haber consumido marihuana, fue una ruptura amorosa, entré en depresión, y primero fue, no fue tan constante el consumo, pero ya posterior la adicción se apoderó de mí, que con el pasar de los meses conocí a otra chica, de la cual admiro mucho, sigo con ella, pero la adicción ya se apoderó de mí, porque yo por más que supuestamente trataba de dejar el consumo, no lo podía, porque ya mi cuerpo y mi mente pedía, y cuando dejaba, por ejemplo, una o dos semanas de consumir, cuando lo retomaba era más fuerte, me daba más duro incluso. Por no estar pensando en eso, por tratar de tener la mente divagando en otras cosas, en otros pensamientos.

Sujeto 4

A mí también el detonante fue los amigos, los amigos, mis hermanitos amigos que tenía 4, 5, 6, 7 amigos que yo tenía, que me decía mandarina y que no salía con ellos, consumía un día con uno y el siguiente con otro, y así, y se me hizo un hobby, y a mí ya se me hizo una adicción, ya quería consumir, consumir, consumir, pues así, eso se me hizo una adicción, ya no la pude controlar, para mí el detonante que fue, fueron los amigos que me invitaban, al principio me invitaban a tomar, pero después yo los invitaba, yo le exigía y yo quería más. Cuando me invitaban me sentía bien tranquilo ya lo tomaba normal, porque al principio es normal que uno vaya y comparte con sus amigos, pero ya esto se hizo rutinario el consumir eso no es normal, ya se hizo una enfermedad. Digo enfermedad porque ya era constante, siempre, ya se me hizo una enfermedad para mí, un vicio, ya era algo que necesitaba.

Sujeto 5

Es que yo creo que al principio no existió un origen directo con la droga, porque para mí todo empezó con las apuestas; yo lo tomé como un hobby o una diversión. Decía: voy a probar a ver qué tal. Apostaba de vez en cuando por, pero a medida que pasaban los días me empecé a enganchar y a endeudar más y más. Llegó un punto en que la desesperación y el estrés por las deudas se me salieron de las manos, al punto de deberle a gente peligrosa. Ese malestar, la angustia y la paranoia constante de no tener cómo pagar fueron lo que me empujó al consumo. Empecé a consumir buscando un escape, para tapar esa ansiedad y no pensar en el problema de las apuestas, pero lo que creí que era un alivio momentáneo se terminó convirtiendo en otra

necesidad. Al final, las apuestas abrieron la puerta y el malestar de la ludopatía me llevó directo a la sustancia, volviéndose un círculo del que ya yo no podía salir.

Sujeto 6

Pues en mi caso fue la depresión. En la depresión a mí me cogió tan feo que yo recurrí a la única forma que fue las sustancias. Primero comencé con la marihuana, porque sí, no me gustaba a mí contar las cosas que yo sentía o lo que yo pensaba a las demás personas y mucho menos a mi familia les comentaba nada. Entonces el único como que tipo “abrazo”, entre comillas, que me recurrió fue la sustancia. Ahí conocí a las pastillas, que también yo me hice adicto a ellas por la facilidad de poderlas conseguir y sabiendo que era un malestar, que yo mismo sabía que estaba mal, y sabiendo que mis papás sabían que estaba yo ya intentándome perder en eso, pues sí, sí fue un malestar bien grande que tuve con lo que he vivido y que estoy viviendo en el momento. Aunque ya estoy recuperado de todo eso, pero igualmente duele saber que tus padres sepan que fuiste un consumidor.

Bien, ahora hablemos sobre la forma en que se percibe a la persona antes y durante el tratamiento.

3) ¿Cómo describe usted a un paciente antes de la rehabilitación y cómo describe a un paciente en rehabilitación?

Sujeto 1

Yo creo que el antes sería, un paciente en recuperación sería que no acepte la realidad primordial, no acepte la realidad que es un adicto.

Durante el proceso sería ya el internamiento, que ya cuando lo acepte, ya sea por voluntad propia o por sus familiares, que lo acepte en sí y tratar de recuperar. Y fuera ya del internamiento, es algo que ya viene personal, ya no vendría a ser de la clínica, de su familia, sino directamente personal, fuera del internamiento, tratar de recuperarse y tener voluntad propia de sí mismo.

Sujeto 2

Bueno, basado en mi experiencia, honestamente, para mí el adicto antes del entrenamiento es una persona que no tiene un sano juicio. ¿Y qué es no tener un sano juicio? El sano juicio es no poder tomar decisiones. Estamos viviendo una realidad totalmente alterada, una realidad que no viene al caso. Nos creemos estar bien cuando no lo estamos. Porque incluso el libro de Narcóticos Anónimos dice que llegamos a un estado animal antes de internarnos. Lo que llevamos tan mal, lo que fue yo como un adicto crónico, que pisé calle, viví calle, llegué a ese estado animal. O sea, un estado donde no tienes un sano juicio. El sano juicio es no saber tomar decisiones, no saber diferenciar entre el bien o el mal. Mientras que haya droga, no importa lo que tenga que hacer, con tal que haya droga.

Entonces, no teníamos esa capacidad, ese sano juicio. Ya llegando a un centro de rehabilitación, nosotros adquirimos ese sano juicio. Nos damos cuenta y aceptamos que tenemos un problema de drogas, aceptamos que tenemos que cambiar, que tenemos que dejarlo, que tenemos que superarlo. Es una etapa bien dura, porque viene la etapa de negación, porque aún todavía tú crees que no eres adicto. A mí, a pesar de los años, a veces yo me he ido a un grupo, cuando tenía 5 o 6 años de rehabilitación, a quejarme que

estaba cabrero, arrecho de ser adicto, pero lamentablemente es así, lamentablemente es así. Me gusta o no me gusta, lamentablemente es así, la vida que me tocó llevar.

Y dentro del proceso, después de aceptarlo, meditarlo y hacer el programa parte de mi vida, adaptar el programa a mi vida, logré entender y superar este problema de adicción. Ahora, saliendo del centro de rehabilitación, estamos hablando de que nosotros vivimos un proceso de rehabilitación, no solamente es tapar la botella y apagar el cigarro, no, el proceso de rehabilitación, una vez salido de la clínica, estamos hablando de cambiar pensamientos, ideas, comportamientos, amigos, amistades, lo que se tenga que cambiar, con tal de que mantengamos nuestra recuperación, porque saliendo de aquí, no habrá nada más importante que mantenernos sobrios y limpios de cualquier sustancia que alterara nuestro estado de ánimo o nuestra capacidad mental.

Sujeto 3

Bueno, en lo personal, un consumidor, antes de un proceso, es una persona sin control a sí misma, en pensamientos, emociones y en la adicción en la que tiene, el problema que tiene, porque solo quiere satisfacer esa necesidad de consumir y complacer el placer de sentirse drogado. Muchas personas aceptamos antes del proceso la realidad que uno ya es adicto, pero cuando uno ya ingresa a un proceso, las ideas y los pensamientos que uno tenía se aclaran y busca uno la respuesta de las dudas que tenía. En lo personal, yo ahora acepto con total madurez que soy un adicto en recuperación.

Antes me daba vergüenza incluso verme al espejo y decir, aceptarme a mí mismo que soy un drogadicto, pero ahora ya no. Me siento bien, no tan

completamente bien, pero de los problemas que tenía en la cabeza. Y a futuro, ser consciente conmigo mismo, tener esa voluntad propia de seguir bien, haciendo las cosas bien, estando limpio, sin volver a recaer en ese error, en esa adicción que tuve, porque el daño me lo hacía primero a mí mismo y luego a mis familiares, que soy importante para ellos y nunca me han querido ver mal, siempre me han querido ver bien, siempre han querido lo mejor de mí, que progrese en la vida, tenga un buen futuro y no fracasar.

Sujeto 4

Yo sí he visto a un paciente adicto y ya en recuperación. Cuando yo lo conocí, él estaba en la calle, pero era una persona que era de una posición más o menos porque estudiaba medicina. Y ahí yo como policía le di una charla, lo llevé a la casa y él dijo que es verdad que sí va a internar, que sí va a internar. Ya pasó el tiempo, por casualidad de la vida, en un hospital de Chongón, lo vengo a ver a él, ya con su vaca y todo. Y él me agradeció que, si no hubiese sido por mí, no hubiese sido la adicción. Pero para sacarlo fue duro, porque se lo buscaba y la mamá atrás, atrás, atrás, y decía, ya me hizo ayuda, mire qué peligroso, métase por ahí. Y yo lo sacaba. Y él se internó, se recuperó y terminó sus estudios. Y ahora es un doctor. En mi caso, en rehabilitación, es mi caso. Porque estoy todavía en rehabilitación, no me siento curado. Aún me falta para decir, pero sí voy en un proceso de rehabilitación. Durante es difícil y duro también, igualmente, porque estar encerrado en el encierro es difícil. Estar aquí no es fácil. Todos los días es una lucha constante, pero sabemos que es para nuestro bien, no es para nuestro mal. Sí es un encierro, ¿por qué quisimos encerrarnos? No es obligatorio. Porque si yo quiero ahorita, le pido

el doctor y el doctor me la da. No hay ningún inconveniente. Siempre nos lo han dicho. Que están aquí es por su pie, por su voluntad misma.

Sujeto 5

Antes, por lo menos en mi caso, es una persona que cuando estaba en adicción, no tenía conciencia propia, tomaba decisiones sin pensar, sin razonar, que al final eso me llevaba a cosas malas. Ya durante la rehabilitación, yo creo que, en mi caso, hasta cierto punto, fue diferente. Porque cuando yo vine aquí, la primera vez que vine a la clínica, la psiquiatra me dijo a mis hermanas que tenía que internarme por lo menos 3 meses.

Yo tomé la decisión de no, que yo no me iba a internar por nada del mundo. Pero llegamos a un acuerdo con la psiquiatra y con mis hermanas que yo no me iba a internar, pero yo tomaba la decisión de encerrarme en mi casa por mi propia voluntad. No salir de mi casa durante 3 meses. Y como prácticamente mi adicción es el detonante, no el detonante no, pero el medio por donde yo provocaba mi adicción.

Sujeto 6

Bueno, pues en sí una persona antes de entrar a la recuperación, pues una persona que está perdida, sin conocimiento de lo que está haciendo, en mi caso podría ser sin conocimiento de estar bien por sí mismo, sin las sustancias. Pero ya durante la recuperación ahorita, aunque es difícil, como han dicho mis compañeros, es difícil estar encerrado, saber que vas a estar aquí seis meses, y estar pensando cada rato es duro, pero sé que igualmente es bueno porque te ayuda, prácticamente. He notado yo una mejora en mis dos semanas y media que he estado aquí, he notado una mejora bien grande

en la que yo digo que pasando aquí los seis meses voy a salir bien, y después de la recuperación, pues sería una persona ya común y corriente, normal, sin ningún problema de adicción, y eso.

Ahora, volviendo por un momento a la vivencia de ese impulso.

4) Mirando hacia atrás, cuando aparecía ese impulso de consumir...

¿qué era lo que usted sentía que estaba buscando en ese instante?

Sujeto 1

Bueno, en lo personal, por mi adicción tanto a las apuestas como a la sustancia, lo que yo buscaba sinceramente en ese instante era placer, adrenalina y, sobre todo, una solución a esa ansiedad insoportable. En ese momento mi único objetivo era buscar un alivio rápido y dinero para tratar de solventar mis cosas y pagar las deudas que la misma ludopatía me generaba.

Al instante en que aparecía la necesidad o el impulso, uno al principio se siente “normal” o confiado; uno dice: “meto mil dólares a apostar o consumo algo para aguantar la presión, y ya mañana o la otra semana resuelvo y pago”. En ese momento exacto uno cree que se siente bien, que la sustancia o la apuesta le van a dar la salida, pero no es así. Después de que pasa ese segundo de placer, quieres recuperar lo perdido, tapa una cosa con la otra y ahí es donde terminas consumiendo más, pierdes el control y te ahogas más en lo mismo. En resumen, lo que buscaba en ese instante preciso era apagar la ansiedad, pero el impulso solo me terminaba arrastrando más al fondo.

Sujeto 2

Bueno yo en lo personal cuando era más peladito lo que yo trataba era de borrar ciertos tratos, palabras, imágenes traumas muchas cosas que sufrí desde mi infancia siempre quise evadir mi realidad siempre, siempre, siempre quise evadir mi realidad, no me gustaba la realidad que vivía no me gustaban las cosas que me decían no me gustaba estar donde vivía siempre quise evadir mi realidad y la encontré mediante las drogas y mediante una supuesta familia en la calle y eso fue lo que a mí me mantenía en el consumo de heroína después de eso ya se era muy tarde para mí porque a mí ya me llegó el síndrome de abstinencia, yo no podía pasar más de dos horas sin consumir heroína o darme un pase, como se dice vulgarmente porque mi cuerpo ya entraba al síndrome de abstinencia comenzaba a sentir escalofríos me dolían los huesos, comenzaba a vomitar yo no podía estar sin consumir ya por más que quisiera el síndrome de abstinencia me ganaba sentía que me moría yo estando aquí en Guayaquil sentía un escalofrío, me tiraba diez sábanas encima y aun así sentía frío por el síndrome de abstinencia, lo único que me calmaba era volver a consumir ya de borrar de borrar y olvidar mi vida pasó a volverse una adicción solamente porque yo ya no podía controlarla sino por el síndrome de abstinencia, consumía en contra de mi voluntad pero lo seguía haciendo ahora que caía aquí en la ludopatía después de varios años de estar limpio y estar, como le dije como le mencioné estar en una zona neutral en busca de algo que me haga sentir bien que me haga sentir adrenalina encontré las apuestas y ahí encontré ese placer que tanto estaba buscando que no lo podía llenar con nada, ese vacío y no es un vacío, simplemente es la necesidad de sentir placer, la euforia de apostar, de perder, de ganar mil,

de ganar dos mil, de perder cinco mil y así sucesivamente entonces, y como siempre, nunca me supe controlar y me caí donde tenía que caer y eso fue lo que me causó.

Sujeto 3

Bueno, yo buscaba callar mi mente porque sobre pienso mucho y como le comenté que lo hice por una ruptura amorosa quería borrar todo recuerdo todo pensamiento que se vendía a mi mente apagar digamos mi mente incluso como no me gustan los problemas ya en lo laboral también a veces mínimos problemas me generaba molestia y comenzaba a sobre pensar que qué puede pasar, qué puede pasar. Sobre pensaba todo. La calma estar relajado con la mente divagando en otras cosas incluso escuchando música. Me sentía tranquilo sí, normal no, tranquilo sí porque apagaba esos pensamientos pero ya una vez que se iba al efecto otra vez se activaba y por ende volvía a consumir y como se fue haciendo monótono eso el consumo caía la adicción y la adicción tomó control en mi vida porque ya no la podía yo controlar como el adicto siempre dice que uno controla a la sustancia, al consumo al principio ese es el pensamiento pero ya cuando uno ve la realidad que ya es adicto que ya está en ese hueco que no es difícil igual y tampoco imposible salir.

Sujeto 4

Yo cuando consumía al principio me bien, no veía lo malo, como siempre los amigos dicen vulgarmente: un pase y ya se te quita, y así comenzó cuando consumía en el día y al siguiente día, y luego otra vez y se me hizo ya una adicción, ahora ya no podía dejar de consumir y ya me daba placer estar drogado, y luego yo me sentía mal al día siguiente y para no estar mal, de

nuevo consumía, ¿Y por qué se sentía mal? Porque no sé, no, no, no tengo razón por qué me sentía mal, pero me daba placer estar así, me sentía tranquilo. Entonces buscaba estar tranquilo.

Sujeto 5

Bueno, en mi caso, cuando aparecía ese impulso, lo que yo sentía que buscaba en ese instante preciso era sentir la adrenalina y un placer inmediato. Cuando estaba metido en las apuestas, a mí me gustaba sentir esa tensión del momento, la adrenalina de no saber qué iba a pasar, porque solo había dos opciones: o ganabas o perdías. Yo no me despegaba del celular viendo las apuestas deportivas, esperando con ansias a que la aplicación me notificara un gol, porque ver esa notificación a favor mío me daba una sensación de placer increíble.

Pero cuando el consumo de la sustancia se sumó a esto, el impulso de consumir venía a buscar exactamente lo mismo: llevar esa adrenalina al extremo o anestesiar la insoportable ansiedad que me dejaba la espera del juego. En ese instante preciso, ya fuera apostando o consumiendo, lo que yo buscaba era una efervescencia de euforia, algo que me hiciera sentir vivo por un segundo y que, al mismo tiempo, me desconectara por completo de la realidad y del desastre que tenía encima con las deudas.

Sujeto 6

Pues en mi caso era el placer, el placer de estar tranquilo, el placer de estar en mi mundo sin que nadie me moleste, prácticamente eso es lo que yo sentía. Por el tema de la depresión, porque como yo dije, yo estaba en depresión y entré aquí con depresión igualmente, entonces la depresión no me dejaba

tranquilo porque ya había el punto en donde yo escuchaba voces que me humillaban y cosas así, entonces más por eso yo consumía.

Y pensando en la rutina cotidiana en la que estaban.

5) ¿Qué lugar o qué papel representaba el consumo frente a sus problemas o decisiones del día a día?

Sujeto 1

Bueno, frente a los problemas y las decisiones del día a día, el consumo lo que hace es que uno no piense en qué va a hacer ni en las consecuencias. Es que frente a cualquier problema uno no mide las consecuencias ya cuando está consumiendo; ya después, cuando se pasa la nota o cuando uno pierde todo, es que se ve y dice: “chuchica, ¿qué hice?, ¿qué hice?”. Y ahí es que uno recién quiere recapacitar, tratar de buscar soluciones a sus problemas o ver cómo salir adelante, cosas que sí se pueden hacer por las buenas. Pero lamentablemente en el día a día uno está ahí metido, por el maldito vicio, discúlpeme la mala expresión, pero uno está ahí queriendo, queriendo, y terco, terco, sigue ahí consumiendo, sigue ahí tomando malas decisiones. Ya cuando lo pierdes todo por el consumo ya no piensas en futuro; en ese momento literalmente solo piensas en dejar esto y tratar, como le digo, de buscar la forma de resolver tus cosas para conseguir algo mejor, nada más.

Sujeto 2

Bueno, frente a mis problemas y decisiones del día a día, el consumo lo que hacía era anularme por completo; no me dejaba pensar en planes ni en el futuro. Yo en lo personal, cuando estuve activo drogándome, yo no me veía futuro, nunca pensé en mi futuro, vuelvo y repito, nunca pensé en cumplir 27

años, nunca pensé ni siquiera en llegar a los 18 años. Yo quería morirme antes de los 18 años, porque esa era mi vida ya, había aceptado mi destino, como que digamos, morir en el consumo. Incluso mis padres me lo decían, que preferían verme muerto que seguir viendo cómo me mataba lentamente; entonces yo ya había aceptado ese destino.

Frente a las decisiones diarias, mi único pensamiento era ese. En el consumo nunca esperé seguir viviendo honestamente, no pensaba ni en futuro, ni en planes, ni en proyectos, ni en estudios, ni en trabajo, ni nada por el estilo, porque yo estaba seguro de que no iba a cruzar esos 18 años, o muy probablemente iba a caer preso por tantas locuras que comete uno en la calle. Incluso desde el colegio yo hacía locuras, vendía cosas que no debía vender dentro del colegio porque me hice pana de ciertas personas; entonces yo ya le había entregado mi vida a la calle totalmente.

Y cada vez que recaía en el consumo se volvía a repetir el mismo ciclo: me daba la depresión, la ansiedad y no veía un futuro. Llegué al punto de querer quitarme la vida; cuando estaba en el consumo de la heroína traté de quitarme la vida dos veces, pero me salvaron en el Hospital Universitario. En mi día a día yo decía: «si me llego a morir o me llego a matar, no pasa nada, ya estoy solo, no le debo rendir cuentas a nadie». Esos siempre han sido mis pensamientos y la forma en que actuaba cuando he estado consumiendo activamente.

En el día a día, el consumo tomó un lugar donde borró mi capacidad de decidir bien. Cuando yo consumía droga obviamente ya vivía con este tema de la ansiedad y de la depresión, pero más que eso, cuando tú te entregas tanto a

la droga como yo lo hice, que estuve en situación de calle, te das cuenta de que tus decisiones del día a día se reducen a ver cómo sobrevives: te toca ir a pedir un pan afuera de una panadería, pedir un poco de aguado en un restaurante, subirte a buses a pedir plata para poder comer, porque tu mamá te botaba de la casa, tu papá te botaba de la casa y no tenías a dónde ir. El consumo representó eso en mi vida: hacerme perder toda esperanza de seguir viviendo y hacerme creer que tarde o temprano todo se iba a acabar, o al menos eso fue lo que yo pensé.

Sujeto 3

Pues para mí, el consumo representaba un papel de bloqueo total. Yo en lo personal tengo un plan, un proyecto, que por el tema del consumo no lo he podido empezar ni dar inicio, porque en el día a día mi mente más pasaba concentrada en tratar de complacer a la adicción. Incluso desde el año pasado supuestamente yo a mi mente le decía que sí, que ya este año iba a poner en marcha ese proyecto, pero la verdad que no.

Frente a las decisiones cotidianas, el efecto del consumo como que me bloqueaba eso, porque como le digo, sí divagaba la mente, había días que decía “sí, ya voy a empezar”, pero al momento de actuar, la adicción es más poderosa; puede más la adicción que los proyectos o planes que uno tiene en la vida y a futuro. En el día a día, el vicio ganaba y terminaba postergando todo.

Pero ahora que estoy consciente y estoy en recuperación, he cogido más motivación para poder, con la bendición de Dios, sí poner a inicio el proyecto

que tengo en mente. Y seguir obviamente creciendo, seguir cumpliendo las metas y objetivos que aún tengo por delante, que quiero obtener en esta vida.

Sujeto 4

Bueno, yo creo que el consumo representa una anulación total, porque uno no piensa en resolver nada ni en lo que va a pasar. Yo en mi caso creo que ningún adicto tiene preparado un futuro ya cuando está en su etapa de adicción; él es prácticamente una basura, no cree en nadie, como dijo el compañero aquí, que dijo que intentó hasta suicidarse.

Frente al día a día no hay futuro, uno no piensa en un futuro. Cuando yo era adicto no pensaba yo en mis problemas ni en tomar decisiones, solo consumía y consumía y consumía. No pensaba en un mañana o en un ayer, solo en consumir. Y como todo adicto, no creo que en su día a día tenga un futuro preparado; le prefiere la muerte, como lo dijo el compañero. Ya en su etapa de recuperación, ahí recién viene a pensar en un futuro.

Sujeto 5

Bueno, frente a los problemas y decisiones del día a día, ya le digo, el consumo y las apuestas terminaron tomando el control de todo. Yo al principio pensaba que con eso iba a resolver mis problemas, más que nada para tratar de recuperar la plata que me hizo perder mí, entre comillas, “amigo”, pero al final se convirtió en pura ambición y en mi forma de evadir las cosas.

En la rutina de cada día, el vicio jugaba el papel de manejarme la vida. Cuando se me presentaba un problema, yo ya no razonaba ni tomaba decisiones con la cabeza fría; lo que me movía era esa adrenalina. No sé, los compañeros

aquí lo deben saber también: es una sensación vivita, pura impulsividad. Te da una impulsividad fatal, créanme lo que es. Frente a cualquier estrés o decisión diaria, yo reaccionaba al tiro buscando esa adrenalina o el consumo para apagar la angustia.

A veces, ya le digo, yo en mi cuenta de la plataforma veía como 30.000 dólares y decía “ya está, solo es de hacer un clic y resuelvo mi día a día”, pero era una ilusión. El consumo y las apuestas lo único que hacían frente a mis decisiones era cegarme, hacerme actuar por puro impulso y meterme en más problemas en lugar de resolver los que ya tenía.

Sujeto 6

Pues, en mi caso yo no vi futuro, ni siquiera me importaba o veía lo que pasaba a mi alrededor porque yo me estaba metiendo mucho a lo que es el mundo de las pastillas en sí. Aunque prácticamente, estando sobrio, yo miraba mi futuro como médico. Y bueno, sigo viendo ese futuro, porque como les mencioné, ahora estoy estudiando enfermería. Pero estando yo en la parte de la adicción, no me miraba con un futuro.

En el día a día, el consumo tomó ese lugar de escape; había punto que me dio una sobredosis que casi me mata. Y de ahí comencé a tener miedo yo un poquito a las pastillas, pero igualmente seguía consumiendo y consumiendo pastillas.

Entonces, por eso le digo que creo que el papel que tenía entonces el consumo frente a mis problemas en ese momento era ese: lo que pasaba por mi mente en ese momento era el placer de callar las voces que yo sentía o callar más mi mente. En sí, prácticamente era para apagar mi cerebro.

Bien, pensando ahora en el proceso que se encuentra actualmente cada uno de ustedes...

6) ¿Qué o quién siente usted que es el motor principal que lo sostiene en este proceso de rehabilitación?

Sujeto 1

En este caso, mi motor principal es mi familia. Papá, mamá y hermana, porque ellos son los que me han ayudado en este proceso y siguen aún aquí conmigo. Solamente tengo que poner de mi parte nada más.

Sujeto 2

Gracias. Bueno, yo en lo personal, mis pilares fundamentales son mi poder superior, mi programa de Narcóticos Anónimos, y de ahí vengo yo. No escojo ni a mis padres ni a mi familia porque tarde o temprano ellos no van a estar, pero mi poder superior siempre va a estar cuando yo quiera y donde yo desee.

Y lo igual que mi programa de Narcóticos Anónimos y de ahí yo. Esos serían mis pilares fundamentales de recuperación.

Sujeto 3

Mi motor sería mamá, papá y mi hermana. Porque siempre me han dado esas palabras de aliento.

Y me han dado ese apoyo mutuo. Ese amor como familia que uno necesita en los peores momentos

Sujeto 4

El motor mío es mis hijos y mi esposa, mi familia. Ellos me dan la razón para seguir adelante en el tratamiento. Ese es el motor mío, me inspiran a seguir adelante y no recaer.

Sujeto 5

Bueno, mi motivación en el transcurso de la recuperación para mí fueron mis hermanas. Mis dos hermanas porque ellas estuvieron en mis peores momentos ayudándome. Ellas me sacaron del hoyo en donde yo estaba y era mi motivación porque yo no las quería decepcionar y yo quería demostrarles que yo sí podía cambiar.

Sujeto 6

En mi caso es mi mamá. Mi mamá siempre ha confiado en mí y tiene fe en mí. Desde que se enteró de que yo consumía, siempre ha tenido fe de que yo iba a salir de esto. Y ahorita que estoy en recuperación, cada vez que la veo a mi mamá en las visitas, me siento alegre de verla porque ya la miro ya con ojos de que ya no sabe de qué su hijo ya no es un consumidor, sino que su hijo ya está sanando pocamente. Sanamente, está sanando lento, pero estoy sanando.

Bien, para ir cerrando pasemos a la siguiente pregunta...

- 7) Durante tu proceso de rehabilitación, ¿has sentido que, aunque ya no consumas, sigue existiendo un vacío o una sensación de que "falta algo"? ¿Cómo describirías esa experiencia?**

Sujeto 1

Si vuelve esa tentación o alguna recaída en la sustancia, la verdad, si vuelve alguna recaída, yo soy honesto: actuaría con responsabilidad ya. ¿Cómo sería actuar con responsabilidad ahí? No al extremo como yo lo hacía antes, que consumía y apostaba por apostar, por pura impulsividad, por la desesperación de querer llegar a sacar el préstamo que hizo esta pana. Entonces, sí se me puede pasar por la cabeza volver a recaer en las apuestas, ya no en las drogas, pero sinceramente tal vez sí quiera volver a apostar, pero repito, lo haría con responsabilidad, no al exceso, eso en el caso de haber una recaída, pero la verdad es que no lo quiero hacer, no quiero volver a eso.

Sujeto 2

Bueno, en lo personal, sobre ese vacío... tengo que encontrar alguna forma sanamente de liberar todo este estrés o de llenar ese vacío existencial que existe en mí, y no creo que sea el único que lo tenga. De una u otra forma tengo que buscarlo, pero esta vez sanamente, porque como dije, esta es mi segunda rehabilitación, sin embargo, esta no ha sido igual a la anterior. El deseo de consumir siempre va a estar, el deseo nunca se va a ir. Pero créame que ya uno aprende a vivir con eso y ya uno se vuelve parte de eso. Al menos yo, en el tema de la heroína, ya sé cómo lidiar con los pensamientos, los ataques de ansiedad y todas esas cosas. A pesar de que han pasado nueve años, a veces he tenido sueños de consumo o a veces me levanto, me restriego la nariz y siento clarito el olor a la heroína. Entonces, a pesar de que han pasado varios años, ahí me doy cuenta de que tengo que seguir trabajando en mi programa y seguir asistiendo a reuniones de Narcóticos

Anónimos, porque eso es lo que, a mí, a Andrés, le funciona: estar con personas con la misma problemática e identificarnos. Eso me ayuda bastante.

Sujeto 3

Bueno, sobre cómo llevar eso o si me vienen las ganas durante la rehabilitación, la verdad, sinceramente, no puedo volver a consumir porque si no perdería mi trabajo. La verdad, si tuviera esos deseos de volver a consumir, lo conversaría con mi mamá, con mi papá o mi hermana, como lo digo. Porque siempre ellos han estado ahí en mi vida, como digo, en los peores momentos. Pero fui yo quien se alejó de ellos, en no acudir cuando he tenido un problema o incluso este problema, este error que estuve cometiendo.

Sujeto 4

Pues, sobre si se siente esa tentación o si vienen los pensamientos durante la rehabilitación, yo creo que no volvería a recaer ya porque, le digo, yo antes fumaba cigarrillo también. Yo le digo, yo huelo el olor a un Líder y me causa placer, pero no lo compro. Huelo cualquier otro cigarrillo y no me causa lo mismo, pero huelo a Líder y trato de comprarlo, pero no, yo digo «ya lo dejé, ya lo dejé, ya lo dejé» y sigo de largo.

Y estando en rehabilitación, si se me viene ese pensamiento nuevamente de consumir, yo lo alejo de mí y sigo, y sigo. No me detengo. Pero sí se me viene el pensamiento. Y por eso le digo, no voy a recaer con la droga porque ya he tocado fuego. Es difícil, es muy duro. Es difícil porque yo lo he sentido, yo soy compañero con la marihuana, que ha de ser igual con las otras drogas.

Sujeto 5

Es que yo ya no pienso en eso; no pienso en que en algún momento voy a recaer porque me lo he puesto así, me lo he mentalizado así. No, no voy a recaer, no. Porque he tenido varias opciones de poder volver al consumo. Como ahorita, ya saliendo de rehabilitación, soy libre, cojo un celular, voy a cualquier lado... si por mí fuera, yo pudiera estar en donde quiera consumiendo y nadie se enteraría. Pero yo mismo me dije no, yo no lo quiero hacer, no quiero volver a eso.

Sujeto 6

Bueno, sobre si siento que falta algo o si hay un vacío en la rehabilitación, ya no siento depresión, aunque claramente que se sienten los bajones emocionales y todo ese tipo de cosas, pero no la depresión. Yo ya no siento la depresión como antes sí la sentía. Y si en esos momentos me llega esa sensación o tuviera nuevamente ese deseo de volver al consumo, yo lo lidiaría con mi mamá. Sí o sí, con mi mamá, hablaría con ella. Aunque yo sé que como dicen, mamá para siempre no es. Pero como yo todavía la tengo en casa conmigo, entonces yo creo que mi mamá sería la solución para que pueda ayudarme a no meterme nuevamente a consumir nada de eso.

Pensemos ahora en el presente y en el futuro que están construyendo...

- 8) Hoy en día, ¿has pensado en metas personales, hacia dónde apuntan y qué diferencia tienen con lo que querían en el pasado?**

Sujeto 1

Claro, sí. Obviamente, uno siempre piensa en futuros con la mente ya consciente y clara. Antes de la rehabilitación eso no se piensa, Ahora sí, yo sí. Pienso en que, al salir de aquí, obviamente, directo a la obra, a trabajar. Porque uno sale de aquí, pero ya como enfrentar las cosas con responsabilidad. Y seguido de eso, ya tratar de solventar mis deudas. Una vez solvente mis deudas, pensaría ya en un futuro, ya como familia, unirme y todas esas cuestiones.

Sujeto 2

Ahorita, estando interno, obviamente que sí lo he pensado. Tengo un futuro muy prometedor por delante que espero que se cumpla honestamente. Tengo muchas cosas que hacer, muchos planes que hacer, dinero que pagar, dinero que ganar, honradamente por supuesto, nada de dinero fácil ni nada por el estilo. Pero sí lo he pensado, en mis metas personales. Ya cuando vuelvo y le repito, ya cuando tú dejas de consumir y tienes tu sano juicio, recuperas tu sano juicio para tomar decisiones, ya piensas en tu futuro. Puedes pensar en una vida. Incluso en una familia, como es mi caso, que yo no tengo ni esposa, ni hijo, ni nada. Entonces, te hace pensar eso, en las cosas y deseos que realmente quieres.

Sujeto 3

Sí, sí he pensado en mi futuro, tengo un proyecto en mente y varios planes en los que pienso en lograrlos, en lograr esos proyectos, esos objetivos, tenerlos. Antes no pensaba en nada de eso, como comenté antes, yo solo pensaba

antes en estar drogado, relajado en mi cuarto, con música y no sentir ni pensar en nada.

Sujeto 4

Pues, siempre pienso en mi familia, mi esposa y mis hijos, como meta personal podría decirse que sería no recaer, seguir adelante, salir bien rehabilitado y poder volver a mi familia y estar unidos, no tener problemas en mi trabajo y sentirme bien conmigo mismo. Y pensar en esto sí hay una diferencia porque ahora pienso en esto y antes solo pensaba en consumir.

Sujeto 5

Bueno, hoy en día, sobre mis metas personales y lo que quiero a diferencia del pasado, mis metas apuntan a seguir todo normal, como lo estoy haciendo hasta ahora. Porque incluso yo después, cuando salí del proceso de recuperación, a mí una vez me dijeron que tengo que alejarme de mi entorno, de mis amistades. Yo, por lo menos en mi caso, dije “no, yo no lo voy a hacer”. Porque el problema no son mis amigos, el problema era yo, el adicto era yo. Yo decía, ellos son mis amigos de toda la vida, no tengo por qué alejarme de ellos. Lo que sí hice fue en ese momento contarles la verdad. Conté por lo que yo había pasado, por la adicción que había tenido con el consumo y las apuestas. Y ellos me supieron entender. Me dijeron: “no está bien, José, mientras estemos nosotros reunidos, no te vamos a estar tocando temas de consumo ni de apuestas, ni te vamos a decir nada de eso”. Gracias a Dios me entendieron. Me entendieron y hasta la fecha yo salgo con ellos a veces.

Sujeto 6

Bueno, pues, con lo que dije de mi deseo de estudiar enfermería, esa es mi meta personal principal por ahora, y sí siento una diferencia con lo que quiero ahora y antes quería, porque siento la diferencia de estar consciente en sí, más claro. Porque como le mencioné antes, no estaba consciente de las cosas que yo hacía. Solamente me interesaba era meterme más pastillas, pastillas y pastillas. Entonces, la diferencia de ahorita es que ya siento y estoy consciente de las cosas que estoy haciendo y pienso. En este caso, que es estudiar enfermería, que ya estoy consciente y preparado para ya salir de aquí y seguir estudiando.

Les agradezco sinceramente a todos por su participación, por su apertura y por compartir sus experiencias en este espacio. Sus aportes son de gran valor. Les deseo lo mejor en la continuidad de su proceso.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Palomeque Chele, Jacqueline Angeline**, con C.C: # **0955350194** autora del trabajo de titulación: **Del Acto al Decir: La función de la Palabra y el encauce del Deseo en la Clínica de las Toxicomanías** 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, 24 de agosto de 2026

f. _____

Palomeque Chele, Jacqueline Angeline
C.C: **0955350194**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Del Acto al Decir: La función de la Palabra y el encauce del Deseo en la Clínica de las Toxicomanías		
AUTORA	Palomeque Chele, Jacqueline Angeline		
TUTORA	Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, PhD		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	24 de agosto de 2026	No. DE PÁGINAS:	182
ÁREAS TEMÁTICAS:	Método Clínico, Psicoanálisis, Psicología Clínica, Rehabilitación		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Toxicomanía; Psicoanálisis; Palabra; Subjetividad; Deseo; Rehabilitación		
RESUMEN/ABSTRACT:			
La presente investigación propuso estudiar las toxicomanías desde una orientación psicoanalítica en sujetos en proceso de rehabilitación en una clínica de rehabilitación en la ciudad de Guayaquil. La importancia de este estudio radicó en aportar una comprensión complementaria del consumo, alejándose de los enfoques puramente conductuales y de la imposición de etiquetas rígidas para situar la adicción como una respuesta defensiva frente al malestar, la falta estructural y la angustia que desbordan al sujeto. El objetivo principal fue analizar la importancia de la función de la palabra en el encauce del deseo en sujetos con consumo toxicómano en proceso de rehabilitación. Para llevar a cabo este trabajo, se optó por un diseño cualitativo de corte interpretativo y descriptivo. El recorrido metodológico combinó de manera articulada una revisión bibliográfica especializada con la realización de grupos focales a los participantes en rehabilitación, priorizando en todo momento la experiencia subjetiva y la palabra viva de los actores frente a las mediciones cuantitativas tradicionales. A partir de esto, los resultados muestran que, dialogando de forma constructiva con los recursos institucionales habituales, la incorporación de un espacio de escucha clínica y el análisis riguroso del discurso permite que los sujetos transiten de la inercia destructiva del acto a la elaboración simbólica de su propia historia. De este modo, la investigación demuestra que es posible impulsar una menor tasa de recaídas, la superación de la queja pasiva, la reconstrucción sólida de sus vínculos afectivos y una reinserción social sostenible, consciente y plenamente responsable.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593972409270	E-mail: jacqueline.palomeque@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Psic. Cl. Marcia Colmont Martínez, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: marcia.colmont@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):			