



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**ANÁLISIS SINTOMÁTICO DE LA ADICCIÓN EN PACIENTES POR CONSUMO
DE SUSTANCIAS: PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en
Psicología**

Línea de Investigación:

VIDA DIGNA, SALUD INTEGRAL Y GRUPOS VULNERABLES

Autora:

Pamela Mishell Arias Toasa

Director:

Ps. Maria Isabel Ramos Noboa Mg.

Ambato – Ecuador

Octubre 2023

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO

APROBACIÓN DE TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

ANÁLISIS SINTOMÁTICO DE LA ADICCIÓN EN PACIENTES POR CONSUMO
DE SUSTANCIAS: PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Línea de Investigación:

VIDA DIGNA, SALUD INTEGRAL Y GRUPOS VULNERABLES

Autor:

Pamela Mishell Arias Toasa

Maria Isabel Ramos, Ps. Mg.
CALIFICADOR

f

Víctor Manuel Cuadrado, Ps. Mg.
CALIFICADOR

f

Juan José Quesada Revelo, Ps. Mg.
CALIFICADOR

f

Varna Hernández Junco, PhD.
DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.
SECRETARIO GENERAL PUCESA

f

 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato – Ecuador

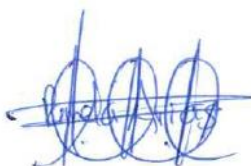
Octubre 2023

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **PAMELA MISHELL ARIAS TOASA**, con cédula de ciudadanía **1003539804** autora del trabajo de graduación titulado: **“ANÁLISIS SINTOMÁTICO DE LA ADICCIÓN EN PACIENTES POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA”** previa la obtención del título de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**, en la escuela de PSICOLOGÍA.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 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 graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respeta los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respeta las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, octubre 2023



Pamela Mishell Arias Toasa

CC. 1003539804

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios y mis padres por haber sido mi pilar fundamental durante toda esta etapa de formación académica, por haberme forjado como la persona que actualmente soy, a mi hijo por ser mi motivo de fortaleza cada día y en especial se lo dedico a mi yo del pasado como muestra de que gracias a la recuperación de la adicción logre encontrar el propósito de mi vida, el amor hacia mi carrera y pude realizar este trabajo de titulación dirigido para las personas adictas como una nueva alternativa de tratamiento.

Por mí, para mí. Por ustedes y para ustedes

¡Los amo!

AGRADECIMIENTO

“Confía en Jehová con todo tu corazón no te apoyes en tu propio entendimiento, en todos tus caminos tómallo en cuenta y el mismo hará derechas tus sendas”

Proverbios 3, 5-9.

Esta cita bíblica me ha acompañado durante toda mi carrera por ello en primer lugar agradezco a Dios por darme la fortaleza, perspicacia y perseverancia necesaria, gracias a eso he podido cumplir mi propósito y realizar esta investigación.

Agradezco a mis padres por el apoyo incondicional, que a pesar de la distancia sus llamadas siempre han sido reconfortables y motivadoras, a mi madre por creer en mí, por cada palabra alentadora y por todo su amor y paciencia, a mi padre por su esfuerzo diario para poder brindarme la ayuda económica y siempre desear lo mejor para mi vida, a mi abuelito que, aunque ya no esté aquí con su sabiduría y su amor supo guiarme por un buen camino. De igual manera, agradezco a mis primas y a mi amigo, que han sabido sacarme de la rutina en mis momentos difíciles, brindándome motivación, risas, apoyo y diversión.

Agradezco a mí tutora Ps. Cl. Isabel Ramos Noboa. Mg, por haberme brindado parte de sus conocimientos y tiempo para el desarrollo de esta investigación y así poder alcanzar los objetivos propuestos.

Finalmente, agradezco a la Ps. Cl. Alejandra Montero directora del CETAD punto de decisión, por brindarme el acceso a las herramientas necesarias, por todas sus atenciones brindadas y su incondicional ayuda.

Gracias a todas las personas que me acompañaron y creyeron en la realización de esta tesis, sin ustedes esta investigación no hubiese sido posible.

RESUMEN

El uso y el abuso de sustancias tóxicas pueden generar una adicción, a su vez ocasiona repercusiones a nivel psicológico, físico, familiar y causa problemas a nivel interpersonal. Por lo que se ha visto la necesidad de revisar más allá de los aportes psicológicos, otras propuestas que permitan analizar los orígenes de la sintomatología de la adicción que se ven representadas en él, malestar, pasaje al acto, el goce, quita penas, actos impulsivos, agresividad, *acting out*, entre otros. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo principal analizar la sintomatología de pacientes por consumo de sustancias desde una perspectiva psicoanalítica, a través del análisis y los estudios de caso, a fin de brindar un aporte y comprensión diferente ante la problemática. Se utilizó una metodología con enfoque cualitativo, a través del estudio de caso enmarcado en el paradigma constructivista, con diseño fenomenológico interpretativo, de alcance descriptivo y corte transversal. Para la recolección de la información se aplicó una guía de entrevista a tres sujetos de investigación internas en el CETAD punto de decisión, por consumo de sustancias. Se encontró como resultados que el consumo de sustancias funciona como soporte y medida de defensa frente al malestar particular de cada una de las mujeres y su síntoma radica en las historias de vida, el goce, el narcisismo, fallas parentales, la droga en función de quitapenas y escape a la realidad. Una vez sistematizada la información de los resultados obtenidos se proponen como línea base para futuras investigaciones.

Palabras Clave: Consumo de sustancias, Síntoma, Adicción, Psicoanálisis.

ABSTRACT

The use and abuse of toxic substances can lead to addiction, which in turn has psychological, physical, family-related repercussions and causes interpersonal problems. Therefore, there has been a need to explore beyond psychological contributions and consider other approaches that allow for the analysis of the addiction symptoms' origins, which are represented in signs such as distress, acting out, pleasure, pain relief, impulsive actions, aggressiveness, and others. Hence, the main objective of this study is to analyze the symptoms of substance-abusing patients from a psychoanalytic perspective through case analysis and studies to provide a different understanding of the issue. A qualitative methodology was employed, using a case study approach within a constructivist paradigm, with an interpretive phenomenological design, descriptive scope, and cross-sectional nature. Data was collected by conducting interviews with three research subjects within the CETAD Decision Point who have a history of substance abuse. The results showed that substance abuse serves as a coping mechanism and a defense against each woman's specific distress, with symptoms rooted in life histories, pleasure, narcissism, parental shortcomings, and the use of drugs for pain relief and as an escape from reality. Once the results are systematized, they are proposed as a baseline for future research.

Keywords: Substance Abuse, Symptom, Addiction, Psychoanalysis.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE TRIBUNAL DE GRADO.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	7
1.1. Psicoanálisis	7
1.2. Las adicciones desde el psicoanálisis.....	8
1.3. Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia.....	17
1.4. Síntoma desde el psicoanálisis	19
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	32
2.1. Paradigma de la investigación	32
2.2. Modalidad.....	32
2.3. Alcance y corte.....	32
2.4. Población, muestra y muestreo	33
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	42
3.1. Análisis de caso N.R	42
3.2. Análisis de caso B.M.....	52
3.3. Análisis de caso P.D	61
3.4. Discusión de resultados	70
CONCLUSIONES.....	74
RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Puntuaciones interpretativas del ASSIST V.3.1.	38
Tabla 2. Resultados de ficha sociodemográfica	40
Tabla 3. Datos sociodemográficos caso N.R.....	42
Tabla 4. Análisis cualitativo Assist caso N.R.....	45
Tabla 5. Datos sociodemográficos caso B.M.	52
Tabla 6. Análisis cualitativo Assist caso B.M.....	54
Tabla 7. Datos sociodemográficos caso P.D.....	61
Tabla 8. Análisis cualitativo de Assist caso P.D	64

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Resultados de reactivos caso N.R.....	44
Cuadro 2. Síntesis de entrevista caso N.R categoría 1	47
Cuadro 3. Síntesis de entrevista caso N.R categoría 2.....	48
Cuadro 4. Síntesis de entrevista caso N.R categoría 3.....	49
Cuadro 5. Resultados de reactivos caso B.M.....	54
Cuadro 6. Síntesis de entrevista caso M.B Categoría 1	57
Cuadro 7. Síntesis de entrevista caso B.M categoría 2.....	58
Cuadro 8. Síntesis de entrevista caso M.B categoría 3.....	59
Cuadro 9. Resultados de reactivos caso P.D.....	64
Cuadro 10. Síntesis de entrevista caso P.D categoría 1	66
Cuadro 11. Síntesis de entrevista caso P.D categoría 2	67
Cuadro 12. Síntesis de entrevista caso P.D categoría 3	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Triangulación de información	50
--	----

INTRODUCCIÓN

Las adicciones presentan un tema de investigación de gran relevancia dentro de la psicología en el Ecuador, conlleva problemas psicológicos, emocionales, sociales y culturales. Sin embargo, no se ha dado el interés por investigar desde una perspectiva psicoanalítica sino más bien desde otras corrientes y teorías enmarcadas en la psicología y otras fuera de la psicología como Narcóticos Anónimos (N.A) entre otras. Es por eso por lo que, al trabajar con una población vulnerable, el presente estudio se enmarcara en la línea de investigación “Vida digna, salud integral y grupos vulnerables” de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato.

Las adicciones son un tema que sigue vigente en la actualidad que ha tomado diferentes enfoques teóricos dentro del campo clínico para comprender este fenómeno, sin embargo la psicología de la salud se ha inclinado más por el enfoque cognitivo conductual, de manera que caracteriza la adicción como la falta de control sobre una sustancia química, comportamiento o conducta, un factor que desencadenar conductas violentas, depresión ansiedad entre otras (Becoña & Oblitas, 2003). No obstante, con el aporte de otras propuestas como el psicoanálisis se ha podido encontrar otra perspectiva, en la cual no se trata netamente de una adicción a una sustancia química y no se manifiesta por la misma. López (2007), menciona que más bien se explica por la operación inconsciente que la determina, los efectos desfavorables se atribuyen a un factor subjetivo o contexto simbólico.

De acuerdo con López (2007), el sujeto no está definido por la adicción, sino más bien por la parte inconsciente en donde la droga es un efecto, más no una causa. Es por eso por lo que la adicción se presenta como el síntoma de acuerdo con diferentes autores (González, 2008). Incluso el síntoma como adicción, puede surgir debido a una evitación del displacer, un origen sexual infantil que remite a la neurosis, un laberinto sin salida, la ruptura del goce fálico, el narcisismo, entre otras consideraciones más que se pretende descubrir en esta investigación.

En un seminario en el año 2000 en la ciudad de Cali – Colombia sobre la “perspectiva psicoanalítica de las adicciones” organizada por la Nueva Escuela Lacaniana (NEL) establece que las adicciones a pesar de su complejidad son un fenómeno que abarca un gran número de disciplinas, este también se muestra de gran preocupación para países a nivel geopolítico, interés de las iglesias, comunidades y organizaciones a nivel internacional como son la ONU y la OMS por sus efectos a nivel psicológico y aunque este es un fenómeno antiguo hoy por hoy es más notable sus efectos y consecuencias adversas en el sujeto y la sociedad (Blanco, 2015).

Además, en una revisión teórica sobre aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de las adicciones realizada en Colombia – Bogotá, se efectuó un recorrido desde la teoría inicial de Sigmund Freud, Lacan y trabajos de psicoanalistas anglosajones, de tal forma Gutiérrez, Blanco, y Márquez (2017), mencionan que en esta revisión teórica desde la percepción freudiana, se pudo encontrar que este fenómeno se originaba en un campo de la sexualidad infantil, lo que confirma que la primera adicción se daba en base la masturbación y de esta se derivaban las demás. Así mismo, Freud brinda gran importancia a la influencia social y cultural como elementos principales para la formación de una adicción, esto se plasmó en su obra “El malestar de la cultura” en el que explica que los dolores nacen de la búsqueda de la felicidad del ser humano y para evitar el displacer acuden a una sustancia denominada “quita penas” (Freud, 2015).

En un estudio realizado para considerar la intervención psicodinámica en adicciones, Arias y Correa (2016), al respecto de la sustancia y su búsqueda afirman que el consumo es la elección y responsabilidad del propio sujeto, dirigida a evitar un malestar o una división subjetiva. Sin embargo, estas búsquedas suelen ser diferentes de acuerdo con el contexto y al momento. No obstante, el consumo no es el desencadenante para que el sujeto genere una dependencia. En respecto a la intervención en este tipo de pacientes se considera que así como se suspende la satisfacción de la droga se genere una nueva satisfacción o motivación ya existente.

En un artículo desarrollado en Ecuador acerca de las consideraciones clínicas sobre la toxicomanía y la feminidad, se plantea que el apareamiento de la adicción se debe a las estructuras psíquicas explicadas por la operación del Edipo, donde se considera también la función fálica, los sujetos sexuados y la castración enfocado a un lado femenino en donde la ausencia real de un órgano implica un proceso estructurante en donde registra al otro la privación del falo y el goce del otro con un límite, lo cual puede ser el causante de varias toxicomanías (Varea Viteri, 2020).

El alcohol es parte de las drogas legales y más consumidas a nivel mundial, en una investigación realizada en Ecuador - Guayaquil acerca de las consecuencias de la relación en pareja por el alcoholismo, desde el psicoanálisis, ejecutada en base a la indagación bibliográfica y el estudio de casos, se interpretan experiencias clínicas en el cual se logra identificar que el consumo genera un tipo de goce y complacencia de lo imaginario y una ruptura del goce fálico (Ortega, 2022). Lo que a su vez coincide con los planteamientos de diferentes autores en sus teorías.

Por otra parte, en un estudio empírico realizado desde una orientación psicoanalítica y postulados teóricos en Porto Alegre - Brasil con pacientes químicamente dependientes. El trabajo consistió en comparar los resultados y postulados bibliográficos con los pacientes con lo que se pudo deducir que en estos se encuentra instaurado una persistente relación objetal simbiótica que instaura más el funcionamiento narcisista y una falla en la función paterna como significativo del sujeto, como factor determinante (Ramos, 2004). Lo que permitió brindar un entendimiento desde otra perspectiva hacia las adicciones comprobada en pacientes dependientes.

En el Ecuador existe una problemática entorno al uso, consumo y dependencia de drogas, tornándose como un tema principal de abordar dentro de las políticas públicas y de salud. Debido a sus consecuencias a nivel, económico, social, físico y psicológico, el cual conlleva a trastornos mentales, conductas suicidas, otros trastornos derivados con conductas antisociales, como: delincuencia, violencia entre otros. Además, Ecuador es uno de los países con más alta dependencia y

consumo en relación a otros seis países de Sudamérica y registra un porcentaje de 51% más alto relacionado con países como Uruguay, Chile y Perú (Loor, Hidalgo, Macías, García, & Scrich, 2018)

Es así que, se ha realizado grandes esfuerzos para comprender este fenómeno y surge en el país el interés de estudios entorno a esta problemática, intervenciones para mitigar el consumo y la creación de más de 11 CETAD (Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas) alrededor del país. De la misma manera, existe un interés amplio en la disciplina psicológica que toma en cuenta corrientes conductuales, cognitivas, humanistas y también a nivel de tratamiento se tiene organizaciones como: Narcótico Anónimos y Alcohólicos Anónimos. De acuerdo con Olivera, Oppedisano, Fiocca, y Barrera (2011), estas organizaciones, a pesar de sostener su eficacia presenta un porcentaje alto entorno a las recaídas post tratamiento lo cual no es favorable para mitigar el uso y abuso de sustancias, se vuelve a la reincidencia aún más grave.

Además, esto puede deberse a las diferentes maneras que los postulados teóricos consideran a la adicción en cuanto a su etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico (Olivera, Oppedisano, Fiocca, y Barrera, 2011). De modo que, existen pocas investigaciones a nivel teórico y práctico en respecto a la teoría psicoanalítica, a pesar de que esta puede presentar eficacia entorno a la intervención en pacientes por consumo de sustancias, se distingue por un amplio desarrollo sobre la temática en relación con la adicción y al análisis de la dinámica del consumo.

De esta manera existen pocos estudios y análisis tanto teóricos como prácticos, que examinen la adicción desde el punto de vista psicoanalítico y como este se puede presentarse como síntoma en cada sujeto desde orígenes diferentes. Es por eso por lo que se considera pertinente revisar esta problemática desde el psicoanálisis a partir de los escritos de Sigmund Freud, Jacques Lacan hasta autores contemporáneos como Erick Fromm, Melani Klein, Winnicot, con el objetivo de analizar la adicción como síntoma a través de los estudios de caso con

pacientes por consumo de sustancias. Por esta razón se creó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se comprende la sintomatología de la adicción en pacientes por consumo de sustancias del centro Especializado en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) – Punto De decisión, desde un marco de referencia psicoanalítica?

Además, este estudio pretende confirmar la idea a defender que el consumo de sustancias funciona como soporte y medida de defensa frente al malestar de las pacientes del centro Especializado en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) – Punto de decisión.

Objetivo General

Analizar la sintomatología en la adicción en pacientes por consumo de sustancias del Centro Especializado en Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD)-Punto de Decisión, desde una perspectiva psicoanalítica

Objetivo Especifico

- Fundamentar teóricamente la sintomatología en la adicción ante el consumo de sustancias desde la teoría psicoanalítica.
- Identificar en la casuística la sintomatología de la adicción en las pacientes por consumo de sustancias del Centro Especializado en Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD)-Punto de Decisión.
- Determinar los aspectos más relevantes en la sintomatología de la adicción en las pacientes por consumo de sustancias del Centro Especializado en Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD)-Punto de Decisión.

La presente investigación se basó en una modalidad cualitativa, a través del estudio de caso enmarcado en el paradigma constructivista, con un diseño fenomenológico interpretativo, de alcance descriptivo y de corte transversal, a fin de indagar sobre la sintomatología de la adicción en pacientes por consumo de sustancias del CETAD punto de decisión, desde una perspectiva psicoanalítica. Las participantes fueron elegidas de acuerdo con los respectivos criterios de inclusión. Además, los instrumentos que se usaron para la recolección de datos fueron: la observación clínica, historia clínica, test proyectivo HTP (House- Tree – Person), test Assist (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening); y una entrevista semiestructurada validada por expertos en el área.

El tema de las adicciones y el consumo de sustancias son temas relativamente extensos y complejos que conlleva aspectos, sociales, culturales, clínicos, psicológicos, físicos y de salud. Desde los cuales se ha realizado grandes esfuerzos por comprender esta problemática. De la cual, es necesario tener en cuenta que la adicción no hace referencia a una estructura clínica sino más bien un síntoma en donde su función varía de acuerdo con la estructura de cada sujeto. Por consiguiente, es importante el abordaje caso por caso para determinar la relación del sujeto con la droga y otros contextos anteriormente mencionados.

De esta manera la investigación se considera relevante desde un punto de vista académico pues el trabajo ofrece a personas, estudiantes y profesionales una forma distinta de pensar y ver este tema para que así se de origen a nuevas investigaciones que puedan mejorar y profundizar este fenómeno que en la actualidad ha cobrado gran interés. A su vez, esta investigación posee un valor teórico - práctico pues permite comparar la teoría basada en Freud, Lacan y otros autores contemporáneos con la casuística de las pacientes por consumo de sustancias y como estas asumen una postura particular frente a su síntoma de la adicción.

CAPTÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Psicoanálisis

El psicoanálisis es una teoría que fue fundada por el neurólogo Sigmund Freud entre 1885 y 1939, en estos años Freud vivió diferentes acontecimientos de los cuales pudo obtener valiosos aportes para el psicoanálisis y marcar los orígenes del mismo, dentro de estos su relación con las formaciones de su propio inconsciente, su forma de análisis de los sueños y su encuentro con la histeria en donde Freud utilizó la hipnosis y sugestión como tratamiento de lo cual observó como con la hipnosis los síntomas podían ser originados y eliminados sin la necesidad de que el enfermo este consciente, entonces el sujeto poseía una información de la que no era consciente pero aun así modificaba su conducta (García y Rivarola, 2016). Es así como a la vez le permitió encontrar la estructura del síntoma y como las fuerzas inconscientes motivan el comportamiento humano.

Conservó el método de la catarsis, el trauma como hipótesis etiológica, el sueño como camino real de interpretación, la sexualidad infantil como paradigma psicológico, etc. Gestiono la memoria cultural (la personal y la de la sociedad centroeuropea) sin borrar nunca nada definitivamente, como expresión de una singular relación con el pasado (Marín, 2014, p.13).

De acuerdo con Marín, (2014) para Freud el psicoanálisis admite ser un procedimiento enmarcado en “la investigación de procesos anímicos inaccesibles a partir de la conciencia; es también un método terapéutico de las neurosis de acuerdo con la hipótesis del inconsciente; y es, finalmente, una serie de conocimientos psicológicos generales” (p.20). Por lo tanto, el psicoanálisis puede ser a su vez un método terapéutico o de investigación, más allá de los casos clínicos con pacientes, este analiza los procesos de la cultura y la sociedad que influyen para la interpretación de la condición humana y su malestar.

Sin duda, el éxito del psicoanálisis depende de que el sujeto respete y comunique todo tipo de ocurrencias sin rechazar ninguna, así estas le parezca insignificantes,

absurdas, o incluso sin sentido (García y Rivarola, 2016). Estas ocurrencias que al parecer surgen libremente, solo es una apariencia de lo que esconde el inconsciente. Puesto que, existen experiencias, deseos, vivencias, fantasías que son reprimidas desde la niñez que originan conflictos inconscientes los cuales serían traídos a la conciencia para ser analizados y trabajar para que así el síntoma desaparezca.

Sin embargo, a pesar de que Freud fue el fundador de la teoría psicoanalítica en un principio, este vivió experiencias que ayudaron a la formación de su teoría, también tuvo encuentros con diferentes profesionales que aportaron para la formación de su teoría, como lo fue el neurólogo Charcot, el psicólogo australiano Breuer entre otros. No obstante es importante destacar que a pesar de que Freud sea el padre del psicoanálisis, este no se define como el único autor. Al igual que otras teorías y técnicas psicológicas, el psicoanálisis es una disciplina en movimiento, dinámica y viva que a lo largo de la historia y los años ha experimentado una evolución constante (Talarn, 2016).

Es por eso que existen diferentes autores que han aportado con otros argumentos y perspectivas, como base se encuentra Freud, por consiguiente se destaca entre los autores clásicos; Adler, Jung, Rank, Reich, por otro lado se encuentran los autores de la psicología del yo; Anna Freud, Erikson y Kohut, autores culturalistas; Horney y Fromm y en la actualidad autores contemporáneos; Jacques, Alain Miller, y Eric Laurent. Sin embargo, según Talarn (2016), hoy en día los psicoterapeutas que utilizan esta teoría trabajan en base a Freud. No obstante, también utilizan técnicas y estrategias diferentes que en la actualidad son vigentes.

1.2. Las adicciones desde el psicoanálisis

En el psicoanálisis la droga como una sustancia química no tiene la misma importancia como en otras corrientes que intentan explicar las adicciones desde la sustancia y no desde el sujeto, incluso estudian como el químico de cada droga es diferente y como este actúa en el cuerpo, los neurotransmisores, el síndrome de abstinencia, bases neurológicas entre otros, incluso catalogan a la adicción

como una enfermedad consciente a la que se le ha concedido una categoría dentro de los manuales de diagnóstico DSM - 5 y CIE 10 que sirven como un sistema de clasificación para trastornos mentales. Sin embargo, de acuerdo con Lora y Calderón (2010), el psicoanálisis no adjudica los síntomas a un código predeterminado sino más bien la adicción es una enfermedad inconsciente y presenta implicancias en relación con el Otro, en donde la droga es un efecto más no una causa y se presenta como un síntoma que varía en cada sujeto.

Por un lado, en principios del psicoanálisis, Freud realizó ciertas puntualizaciones sobre la adicción dentro de sus análisis teóricos en diferentes momentos, lo que lleva a considerarlo como un problema en el campo sexual, o el consumo como “quita penas” provocado por un malestar de la cultura (Sandoval, y otros, 2020). En consiguiente, realiza diferenciaciones específicas sobre el objeto sexual y el objeto droga. Por otra parte, Lacan aporta que la droga es un generador de ruptura fálica lo que relacionó con la castración simbólica, como dice Rengifo (2007), puede ser entendido como:

La problemática de la toxicomanía que se reduce a una tentativa de renuncia al goce fálico que está encuadrado por el fantasma. La práctica de un goce que siempre deja un resto, que tiene un límite, parece no convenir a las ambiciones de placer del toxicómano. De este modo la toxicomanía se presenta como una tentativa de solución al impasse que constituye ese real de psicoanálisis correlativo del no hay relación sexual. (p. 106)

A pesar de las teorías fundadas desde el psicoanálisis por Freud y Lacan existen diferentes autores como Khantzian y Mack (1983), mencionan que el sujeto adicto al momento de elegir la sustancia toma en cuenta los efectos de esta, relacionándola a su parte afectiva que quiere medicar. Por otra parte, el autor Dodes (1990), afirma que el comportamiento adictivo es utilizado para evitar una sensación de impotencia o frustración mediante el control y la regulación del estado afectivo. Es así que los adictos tienen vulnerabilidad a los sentimientos de impotencia. No obstante, se encuentra que el sujeto utiliza el impulso en la adicción para restablecer un poder promovido por la ira narcisista.

De la misma manera Kernberg (1975), miró el comportamiento adictivo como una gratificación de las necesidades instintivas o una reunión con un objeto paterno que perdona o una activación de imágenes del yo y del objeto consideradas totalmente buenas. Además, Kohut se refirió a las adicciones como "trastornos de conducta narcisista" (Kohut y Wolf, 1978). Por consiguiente, este autor después de haber analizado las transferencias narcisistas y como se dan las fallas parentales hizo énfasis en el fracaso de la empatía materna y las decepciones traumáticas en las figuras parentales idealizadas como terminantes centrales en los trastornos narcisistas.

Entre las consecuencias de dichas perturbaciones se encuentran: la vivencia externa de una búsqueda de objetos idealizados que pueden ser o no admirados para lograr una sensación de bienestar; y la incapacidad de transformar mediante diminutas internalizaciones es por eso que varias funciones de los padres finalmente contribuyen al aparato del yo del individuo (Khantzian & Mack, 1983). De la misma manera plantea que la droga tiene una especificidad como un fármaco que alivia los sentimientos de vacío, ansiedad y aislamiento en el adicto.

No obstante Khantzian realiza un estudio más profundidad sobre la psicología del Self de Kohut y descubre la incapacidad para regular la afectividad en la infancia temprana y el fracaso de la internalización y la capacidad de autocuidado proveniente de los padres, esta capacidad es la que se desarrolla con los cuidados y protección de los padres en la infancia y posteriormente a través de las interacciones entre el niño y sus padres (Khantzian, 1995). Debido a que carecen de estas internalizaciones, las personas adictas no pueden regular la autoestima o las relaciones, ni cuidar de sí mismos y se vería como una función que no se desarrolla, un defecto del Yo.

Así pues, se consideraba que la perturbación en los adictos se daba por la incapacidad de la madre para funcionar como un objeto propio idealizado adecuado y que las drogas servían no como un sustituto de los objetos amados o amorosos, o de una relación con ellos, sino como un reemplazo de un defecto en la estructura psicológica (Kohut, 1971). De la misma manera, Wurmser (1974),

también se refirió a la adicción como una "crisis narcisista" debido a que en los consumidores de droga se origina un colapso de un YO grandioso o un objeto idealizado que conduce a sentimientos para los que el consumo de drogas es un intento de respuesta.

Por consiguiente, de manera general lo que representa la relación del toxicómano es la supresión del dolor frente alguna angustia intolerable para el sujeto, angustia que lleva a la castración y a todo lo que suceda en la vida que le pueda representar esta amenaza. Es por eso que, Sandoval, Ramírez, y Dupret, et al. (2020), mencionan que el consumo de drogas no sería en si un síntoma sino más bien el exterminio del síntoma, de tal manera que el sujeto en consumo no busca la autodestrucción, si no intenta auto conservarse a través del repliegue narcisista, que puede ser por la angustia de castración o por el riesgo de ser devorado por el goce del otro, lo que lleva a entender que el veneno puede ser remedio.

De acuerdo con Le Poulichet (1996), las operaciones en la adicción estarían determinadas en: generar un repliegue narcisista y lograr sentirse fuera del mundo exterior, para poder borrar acontecimientos, imágenes y pensamientos, lo que se podría representar en una cancelación tóxica del dolor, de esta manera el sujeto adicto contrarresta todo reto de castración y funciona como una sustitución en cuanto al tiempo que trata a la psique como un órgano, funciona de igual manera como suplemento en cuanto a la imagen narcisista, también mantiene el principio de exterioridad, desapego del deseo y un saber sobre el Otro. Entonces desde la vista del psicoanálisis se puede decir que:

El sujeto que consume drogas es decir el toxicómano, sería entendido no como un sujeto con problemas por el uso de sustancias, sino como un sujeto con conflictos inconscientes relacionados con la estructuración psíquica, la efracción, la castración y el goce que lo mantienen en un estado de consumo permanente, toda persona esta inevitablemente expuesta al consumo de drogas al menos de forma experimental, si el sujeto en ese encuentro descubre inconscientemente esta salvación de sí mismo, su consumo se perpetua como homeostasis de su estructuración psíquica.

(Sandoval, Ramírez, y Dupret, et. al. 2020, p.151)

El psicoanálisis en los abordajes clínicos contemporáneos de las adicciones

La idea en el psicoanálisis presenta que las adicciones no pueden constituir una enfermedad, sino más bien una cuestión que incumbe al sujeto en su especificidad. No obstante, es más normal que se tome como opción para su tratamiento las terapias cognitivo-conductuales, terapias humanistas, biológicas y organizaciones como Narcóticos Anónimos (N.A) y Alcohólicos Anónimos (A.A) (Gutiérrez, Blanco, & Márquez, 2017). Esto corresponde Según López (2011), que la teoría psicoanalítica se diferencia de estas por el tratamiento médico, intenta establecer el estatus de enfermedad de la adicción.

Desde un inicio esta teoría se planteó hacer énfasis en aquellos conflictos intrapsíquicos que miran a la adicción más allá de una sustancia. Este fenómeno de la adicción ha sido un tema de gran interés al pasar los años, incluso se ha dado con más intensidad, se ha planteado como un problema en el ámbito de salud pública. Es por eso que Rado (1926), menciona que al implantar el término de meta erotismo, formula que en la adicción se produce una agresión a la parte sexual biológica de modo que, se deja de lado el aparato sexual periférico y los estímulos que producen excitación operan de manera directa en el órgano central. (como se citó en Gutiérrez, Blanco, & Márquez, 2017), lo que produce una independencia de aquello que habitualmente brinda gratificación y del funcionamiento general de la psique.

Es así que, Glover (1984) afirma que el tratamiento psicoanalítico debe centrarse en aquellos componentes inconscientes que presenta la adicción y no en la sustancia. No obstante, se ha visto que existe una contrariedad entre el psicoanálisis y la medicina, se esfuerzan por hacer y comprobar que la adicción es una enfermedad, incluso actualmente existe una quinta versión del manual diagnóstico de trastornos mentales (DSM-5), en donde el alcoholismo y la drogadicción están como enfermedades mentales, lo que compone la dependencia a sustancias la implicación de tolerancia, abstinencia y falta de

control hacia el consumo. Sin embargo, según lo planteado por Freud (1898), en su escrito “La sexualidad en la Etiología de la Neurosis” no todo sujeto que ha tenido la oportunidad de consumir durante un tiempo prolongado cualquier tipo de sustancia necesariamente desarrolla la adicción y esto se ha confirmado muchas veces en el trayecto de la experiencia psicoanalítica (Gutiérrez, Blanco y Márquez, 2019).

La diferencia de entender la adicción a partir de la conducta o desde el establecimiento del consumo, tiene importantes implicaciones y cercanía entre la parte médica y psicoanalítica. Sin embargo, el deseo o llamado a consumir también significa varios problemas para la investigación clínica, pues no se puede ver o no se muestra fácilmente (López C. , 2011). No obstante, otros autores han tomado interés por estudiar el llamado al deseo a consumir sustancias y afirman que puede manifestarse en diferentes niveles de intensidad tales como leve, moderado e intenso.

Existen varios autores como Bateman, Kandel y Underwood, que establecen la idea que el psicoanálisis da un espacio donde el inconsciente y las emociones del sujeto pueden influir en su comportamiento de la misma manera con un aproximamiento psicodinámico, de la misma manera da paso a un entendimiento holístico del paciente para interrelacionar su biografía y estructura psíquica (Acuña, 2003). Acerca de las experiencias de la infancia Gutiérrez, Blanco, y Márquez (2017), mencionan que se convierten en recuerdos emocionales que se fijan como un recuerdo sin registro en el consciente, dándose perturbaciones emocionales o conflictos interpersonales que terminan en las recaídas y angustia que la droga provoca (Blanco, 2015).

Sigmund Freud y las adicciones

Freud en sus inicios tomó interés por la influencia de las sustancias en la psique. Por consiguiente, Freud trabaja con la cocaína y empezó a recomendar esta droga como un anestésico en casos de neurastenia y afirmaba que esta poseía efectos curativos. Sin embargo, la cocaína presentó efectos adictivos que variaban en

cada persona según la excitabilidad y el estado de los nervios en los que actuaba la sustancia (Cifuentes, 2014). De la misma manera estableció que absolutamente todos los seres humanos tienen pulsiones, que se define como una necesidad hereditaria y que exige a la mente satisfacerse con necesidades de comida, sexo, estabilidad emocional, entre otras. De tal manera, no necesariamente la sustancia químico-tóxica puede convertirse en una adicción, si no cualquier cosa que pide la pulsión para estar satisfecho.

Freud establece que la adicción no es una búsqueda de la felicidad, sino más bien de una evitación del displacer, en donde el papel de la droga radica en quitar las penas del sujeto, la vida trae consigo, tareas inexplicables dolores, pérdidas, desencuentros desengaños entre otras más (Gutiérrez, Blanco, y Márquez, 2017). De modo que, para poder soportar todo lo mencionado existen tres tipos de calmantes mencionados por Freud (1930), tales como: “distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeña nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas que la reducen; narcóticos que nos tornan insensibles a ella. Alguno cualquiera de estos remedios nos es indispensable” (p.8). Incluso, estos calmantes ayudan lidiar con el dolor de existir de manera que generan en el sujeto insensibilidad. Sin embargo, conlleva a la dependencia a una sustancia y provocar más dolor.

Sin embargo, ninguna de estas es indispensable, pero si es necesario como condición humana buscar un remedio para tratarlo, es decir se pueden tomar dos caminos para superar el desagrado producido por estas estas situaciones, buscar la felicidad de manera constante o recurrir a la sustancia denominada anteriormente como “quita penas” para que el sujeto soporte el malestar. No obstante, este camino de la sustancia realmente no brinda una felicidad verdadera, si no que lo aparenta por la existencia de una ausencia del dolor psíquico (López, 2007).

A pesar de que Freud aportó en un principio con varias ideas sobre las sustancias tóxicas y la adicción, su primera explicación lógica y real surge del campo de la sexualidad infantil. De modo que en su escrito “las fantasías histéricas y la relación con la bisexualidad” (Freud, 1908) consideraba la masturbación como el hábito

principal para que se deriven las demás adicciones como el tabaco, alcohol, cocaína etc., las cuales sustituían a la primera adicción, si la masturbación se daba de manera compulsiva, conservaba una afinidad con el acto compulsivo. Ahora bien, de la misma manera Freud (1898), afirma que no todos los sujetos que consumieron drogas alguna vez en su vida generan una adicción.

No obstante, en la tesis sobre el autoerotismo y las adicciones de Freud, puso énfasis sobre la sexualidad infantil y las exteriorizaciones, afirma que en ciertos adultos con una motivación intrínseca por beber y fumar estaría ligado al valor erógeno de la zona de los labios (Freud,1905). Por consiguiente Freud relaciona el autoerotismo con la adicción por el alcohol, pero no de la misma manera que lo hizo en sus anteriores escritos, estos se centraban en la masturbación. Cifuentes (2014), afirma que “ya no lo hace pensando únicamente en el tóxico como sustituto del goce sexual masturbatorio, sino que tendrá un sentido viable de decifrar en base a la histeria sexual del sujeto, que en el caso del alcoholismo o el tabaquismo implicarían fijaciones en la zona erógena oral” (p.15).

En escritos realizados posteriormente, Sigmund Freud describe en términos patológicos a la relación de la manía y el humor con la intoxicación y el consumo de alcohol, este podría presentar en una función desinhibitoria que disminuiría la crítica en el sujeto, esto conecta al individuo con el placer al disparate es decir donde la razón es inaccesible donde las heridas están vivas (Blanco, 2015). Así pues, identifica algunos elementos iguales entre la neurosis y la toxicomanía y establece una relación entre sí, tal similitud radica en la abstinencia de la satisfacción sexual (López, 2007). En relación a lo anterior, años posteriores Freud descubre la adicción al juego, lo cual ayuda entender que existen dos partes en la masturbación. Según Blanco (2015), menciona el primer referente a la fantasía que lleva al acto de satisfacción sexual de manera autoerótica, en segundo lugar esta acción fusionada con la elección del objeto que funciona como medio para brindar una realidad y que al fantasía culmine. Es así que, permite entender que el adicto cree que su adicción le produce felicidad.

El hombre busca la felicidad para que una vez que la obtenga no la pierda, es por eso que la búsqueda de la felicidad plantea otra idea más sobre las adicciones, en donde la droga toma una posición de defensa ante el dolor de existir, lo que conduce a que la sustancia funcione como remedio y veneno al mismo tiempo (López, 2007). Ahora bien, Freud establece una última idea acerca de la dependencia a las sustancias tóxicas con relación a la expresión artística. Es decir, que la adicción es un medio con el cual el sujeto encuentra algo extra para que la imagen de su deseo se mantenga sin simbolizar la satisfacción, asemejándose al arte que utiliza técnicas simbólicas para obtener la ventaja de aquel goce de tal manera se renuncia a la satisfacción directa, así mismo el adicto solo se puede defender de lo real (Blanco, 2015).

Jacques Lacan y las Adicciones

Jacques Lacan desde sus inicios se interesó por el psicoanálisis, por lo que afamado en el ámbito, realiza una relectura a la obra de Freud, con el afán de dar a conocer su postulado centrado en las adicciones. Cabe destacar que, el no ejecuta una teoría en particular, pero si funda las bases conceptuales para comprender a profundidad su etiología. De este modo, el autor puntúa que la toxicomanía refiere a un callejón sin salida, debido que lo vincula con el anhelo y deseo de la satisfacción del hombre a una salida centrada en la ilusión, para que de esa forma ponga frente a su realidad (Lacan, 2008)

Continuamente, para profundizar en el marco conceptual de la toxicomanía, es significativo mencionar que (Lacan, 1978) en su escrito "la Familia " defiende la noción de complejo contra el instinto de tal manera que reconstruye el desarrollo psíquico del sujeto con tres estructuras: el complejo del destete, complejo de intrusión y complejo de Edipo, relacionado el destete con la toxicomanía por vía oral, este puede ser considerado como un trauma psíquico con efectos desbastadores, este destete prefigura la castración y se vuelve un objeto perdido que está en juego en el deseo del sujeto llevándolo más adelante a suplantarlo con la toxicomanía para satisfacer su deseo oral.

De tal manera que coincide con la teoría de Freud sobre el trauma, en la cual el destete conlleva contingencias operatorias, es decir el rechazo de este es suplantado más adelante por una ingestión tóxica, de manera compulsiva y creciente convierte al sujeto en adicto (López, 2007). Más adelante (Lacan, 2009) en su escrito “acerca de la casualidad psíquica” habla nuevamente del destete y el trauma que se da en el sujeto en el nacimiento, en este texto Lacan describe la adicción parte del destete como un trauma no elaborado, que no se limita a la pérdida del pecho materno sino más bien a una pérdida estructural y se diferencia de Freud al no quedarse en el complejo oral sino bajo la forma de “muerte.”, una falla produce que el sujeto tenga una repetición del fracaso en lograr la identificación con el goce perdido en el destete y una de las formas que aparece es en la ingestión de la sustancia tóxica.

De este modo, la experiencia del sujeto tóxico constituye un esfuerzo por un deseo inmediato sin Otro, lo que conlleva a que la droga no facilita conocer la verdad, sino que entierra lo inconsciente, una verdad que es intolerable en la vida del adicto, lo cual va de la mano con lo postulado psicoanalítico de Freud que afirma que la toxicomanía es un medio para soportar la vida. Por lo tanto, el sujeto toxicómano cree que a través del alcohol o drogas ha llegado a una suprema iluminación (Lacan, 1959).

1.3. Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia

Antes que nada, para hablar acerca de la psicopatología en torno a la drogodependencia es importante rescatar que lo abordan diversas corrientes y enfoques en el campo de la psicología. Ahora bien, por un lado, las primeras formulaciones psicodinámicas sobre la adicción a las sustancias fueron por Freud (1905), que estudia el abuso de las drogas a profundidad, por su consumo de cocaína y logra encontrar ciertas propiedades.

Sin embargo, a raíz de esto sus postulados empiezan a direccionarse más hacia el alcohol, para lo cual indica que estos se relacionan con el placer y su alivio sintomático. Por otro lado, Abraham (1908) con la aplicación de sus conocimientos

coincide con Freud y consideran que la adicción a las drogas es una manera para el sujeto que facilita encontrar el placer a favor del alivio de la tensión acumulada en el Ello, como una alternativa cuando otras vías de descarga no se encuentran habilitadas o poco accesibles. Por lo tanto, de acuerdo con González (1993), estos autores antes mencionados proponen tres efectos psicodinámicos principales: 1) Baja Tensión del Ello; 2) Perturbación de la capacidad del Yo en aspectos desagradables de la realidad y 3) Dulcificación del Súper Yo.

Ahora bien, la estructura mencionada anteriormente actúa de diferente manera de acuerdo con la personalidad. De igual manera, el autor González (1993), propone elementos psicodinámicos del proceso adictivo. Para empezar, está como primer elemento el Ansia, que se caracteriza por un intenso deseo por la sustancia, con una reacción anormal ante la ausencia de este deseo, luego de esto el adicto no puede reemplazar o modificar su deseo por algo. Es por lo que, el ansia adictiva representa un fenómeno de gratificación regresiva en donde la adicción es una manera de adaptación y defensa ante aquellas pulsiones en donde predomina la rabia, la agresividad y la depresión (Wurmser, 1974). Dicho de otra manera, el ansia adictiva es el convencimiento del sujeto de que debe drogarse u obtener este agente externo como su única salvación.

En segundo lugar, se encuentra la compulsividad como un fenómeno común en las psicopatologías de manera general, este va de la mano con el ansia y es un comportamiento clásico de la conducta de un adicto. Ahora bien, de acuerdo con González (1993), este va de la mano con el ansia, de tal manera que la compulsión hace que el ansia controle la vida del sujeto adicto, este no puede detenerse ante nada hasta cumplir con el objetivo de consumir la sustancia aunque tenga que recurrir a lo peor, manipulación, robo, prostitución, violencia, entre otros. Así pues, esto muestra el grave defecto en la estructuración del súper Yo por la escasa moralidad y falta de respeto.

En tercer lugar, la externalización considerada como un mecanismo de defensa, una manera de tomar control sobre lo incontrolable, debido que esta busca la solución de conflictos a nivel de la psique dentro de la drogodependencia, donde

sobresale el anhelo de controlar agentes exógenos, pero como el individuo se encuentra ensimismado no lo logra ejecutar y esta se vuelve masiva, por lo que desencadena falta de responsabilidad afectiva hacia el otro y utilizar a los individuos como instrumentos sin vida ni derechos propios (Wurmser, 1978). De tal manera que, el sujeto atribuye a la sustancia adictiva la solución a las carencias emocionales, admitiéndole el control de todo su mundo.

Por último, el círculo vicioso, este se caracteriza por su crecimiento sin medida si el hombre no hace consciente lo inconsciente y se inmiscuye mayoritariamente en las adicciones, puesto que está crece como una bola de nieve, lo que provoca un deterioro físico, mental, laboral, familiar, de pareja, entre otros aspectos. Asimismo, este círculo se ve potenciado y detonado en ocasiones por diversos factores, por lo que es necesario conocer a profundidad del motivo de su intensificación o repetición del consumo (González, 1993).

Para culminar, la psicopatología no simplemente aborda a la adicción de sustancias tóxicas, sino también entablan procesos patológicos fusionados con trastornos de la personalidad, la sociopatía, la neurosis, psicosis y las perversiones sexuales. Por este motivo, es trascendental tener esclarecido el inicio del conflicto, la forma en la que se mantiene y el posible alivio del sujeto. De este modo, el profesional psicodinámico está en la capacidad de plantear procedimientos adecuados con estrategias, herramientas terapéuticas y rehabilitadoras idóneas. Sin embargo, autores en el área adjudican que es vital mantener contacto con más de un experto por la alta demanda de la dependencia y la infección que provoca en el individuo, lo que perjudica a su cotidianidad (Peele, 1975).

1.4. Síntoma desde el psicoanálisis

Gracias a los trabajos de Sigmund Freud, el autor ejecuta un sin número de postulados, entre ellos se halla su teoría sobre los síntomas. De este modo, puntúa que cada uno de los síntomas se vincula con mecanismos inconscientes, el mismo que aborda a las experiencias del paciente y los propósitos del mismo. No obstante, para que el síntoma aparezca es fundamental que el sentido del sujeto sea inconsciente y que guarde un mensaje implícito en él. Ahora bien, la intervención

del síntoma se centra en la palabra, para que estos pueden ser interpretados por el analista (Freud, 1978).

Por consiguiente, el síntoma toma sustanciales transformaciones de acuerdo al sentido del individuo junto a su subjetividad, por este motivo se entiende que el síntoma forma parte de la vida del hombre a todo momento. De esta forma, el psicoanálisis busca explicar al síntoma desde el funcionamiento de la psiquis (CC y ICC). Así, aparece la conocida catarsis que el hombre realiza junto al psicoanalista en el relato de su infancia y los hechos suscitados a lo largo de su vida, puesto que allí se genera el habla entre ambos y la alianza terapéutica. Por lo tanto, se funda un rol activo y mutuo para tratar al síntoma desde su estructuración y vivencia del paciente en el proceso terapéutico (Hajer, 2003).

Por otro lado, Freud revela que el síntoma es significativo dentro de un proceso patológico y hablar de psicopatología indudablemente existen manifestaciones perjudiciales en el ser humano, las cuales la alejan de sus objetivos, para ofrecerles displacer, negatividad, falta de voluntad y sufrimiento. También, se resalta el papel que juega el estado anímico, puesto que los sentimientos y emociones se relacionan con las expresiones del hombre, pues si éstos no funcionan adecuadamente tampoco se manifestaran en la persona. Para cerrar, S. Freud critica a la medicina tradicional, porque en esta se habla consecutivamente del síntoma, pero no se equipará ni se toma en cuenta lo descrito y su influencia en el paciente (Perrés, 1989).

Con base en lo expuesto, Perres (1989) retoma el postulado hacia la medicina y direcciona a la psiquiatría, donde interpreta al síntoma netamente como una enfermedad, mientras que para el psicoanálisis el síntoma cobra sentido y una interpretación como se indicó, al igual que trabaja con la psiquis, su observación, sus particularidades, sus señales, su formación, pero sobre todo la represión del inconsciente que lo permite acceder a la conciencia plena. Por lo tanto, es evidente la distinción entre ambas ciencias, específicamente porque en la corriente psicodinámica se habla de pulsiones, deseos reprimidos, regresiones, aspectos sexuales y el rol del aparato psíquico en la persona como forma de funcionamiento en el medio (Sarraillet, 2013).

Freud y el síntoma

En primera instancia, Freud concibe al síntoma como un símbolo mnémico del trauma relacionada a la vivencia del dolor es decir, el síntoma es el resultado de un deseo reprimido afirma que el “ello habla” pone manifestaciones sin palabras. Ahora bien el propósito de Freud desde sus primeros escritos a fines del siglo XIX fue atribuir al síntoma un sentido cifrado inconsciente que puede ser descifrado a medida que avanza un posible análisis, para desplazar este síntoma, primero es primordial trabajar desde la estructura psíquica, ya sea psicótica, perversa o neurótica. Sin embargo, más adelante cuando Freud, (1905) se ancla a las condiciones de la sexualidad en la vida infantil el síntoma para a ser sin –sentido que se repite de manera displacentera, este síntoma tiene experiencia y significaciones con los acontecimientos del sujeto.

En sus estudios de la histeria Freud descubre que el síntoma es un mensaje que puede ser leído y al ser interpretado al ser transmitido su sentido, el síntoma desaparece. Lo que transmitían sus pacientes e relacionaba a traumas de la infancia que les causaron angustias, que se representaban en: neurosis, psicosis y perversiones (Freud, 1898). Desde la perspectiva dada por Zack (2012), Freud inventa el método freudiano a partir del cual invita al sufriente a hablar del síntoma, de modo que, la expresión libre de ideas comprende una herramienta para comenzar la sanación. Entonces se estima que el síntoma es displacentero para el yo por lo tanto es algo que molesta y es repetitivo.

Para Freud la causa del síntoma comienza por un trauma psíquico en el cual se sitúan dos componentes principales: temporalidad y causalidad. De acuerdo con Savio (2006), el trauma psíquico viene acompañado por traumas auxiliares que se expresan a partir del síntoma; por lo que existe la probabilidad de que recuerdo género mayor displacer que otro. Es así que se desestima una temporalidad lineal y cronológica. Por otro lado, para Freud (1991), la relación causal entre trauma y síntoma etiológicamente se sustenta tres fundamentos: la condición, la causa específica y la motivación o agente provocador. Por consiguiente, el factor traumático no actúa de forma directa o espontánea sino como causa desencadenante a través de los años.

En épocas freudianas el síntoma implicaba una evidencia empírica, es decir una manifestación individual del contenido de la vivencia y experiencia del enfermo. Así fue como de sus inicios la labor de Freud abarca la interpretación de los síntomas, donde aclara que su expresión tiene un sentido y un inicio (González, 2013). En este sentido, el síntoma contiene un valor de anudamiento, el cual produce un efecto de equilibrio en la esfera libidinal de un sujeto. Dicho de otra forma, constituye un problema para el Yo, sin embargo, comprende una solución para el individuo. Desde un punto de vista funcional en la práctica clínica, el síntoma aporta para la resolución de un conflicto, lo cual se conoce como la satisfacción del síntoma.

En esta línea de pensamiento, la idea freudiana es hacer consciente lo inconsciente. Sin embargo, es clave enfatizar que en el proceso de sanación del sujeto se manifiesta la resistencia, entendida como un conjunto de conductas paradójicas o actitudes de rechazo durante el desarrollo de la terapia psicoanalítica (León, 2016). Dicha resistencia en algunos casos condiciona la asociación libre de ideas. Por este motivo, es oportuno destacar que un síntoma que se rechaza o se resiste generalmente hace deudor al sujeto. Además, es vital considerar que las manifestaciones del síntoma se presentan de acuerdo a las particularidades y la historia de vida del sujeto.

Finalmente, como se mencionó, Freud atribuye la formación de síntomas a una serie de traumas, por ello, su apareamiento se da a través de representaciones cuya formación comprende un sustituto simbólico. En cuanto a las adicciones, Freud establece que todos los seres humanos poseen pulsiones, las cuales representan una necesidad en el ser humano y requieren ser satisfechas (Castaño y Gonçalves, 2014). Es así que, existen necesidades de comida, sexo, estabilidad emocional, auto conservación, ingesta de sustancias químicas tóxicas entre otras. Por lo tanto, en su teoría el síntoma se manifiesta cuando un sujeto consume tóxicos para aliviar el dolor, el sufrimiento que, posteriormente genera la dependencia a la sustancia.

Lacan y el síntoma

Inmerso en el psicoanálisis, se resalta a Freud y a Lacan, quienes fueron

precursores en el tema. Por este motivo, para el autor el síntoma es abarcado a partir de un registro simbólico es decir es aquel significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto lacan 1959. Por otro lado también es la forma en el que el sujeto goza del inconsciente. Así goce se vincula con el sentido como tal y el aspecto fálico (Eraso, 2018). Por lo tanto, para entender el campo Lacaniano se parte de la estructuración del inconsciente, del Otro y del deseo. Seguidamente, de acuerdo con Tápia (2012), el síntoma es un reflejo de lo reprimido y se lo plantea como la metáfora del silencio de la palabra, lo que refiere que esta fue no dicha por el individuo. Asimismo, el síntoma provoca sufrimiento en el hombre, pero también satisfacción a nivel pulsional (Freud, 1916).

Entonces, la configuración del síntoma es un recurso multifacético al mismo tiempo, debido que se expresa por el habla, pero peligra por su deseo comunal de ser satisfecho. Ahora bien, para abordar al sujeto toxicómano, este se caracteriza por cuestionarse consecutivamente su goce, debido que el sujeto adicto no puede otorgarles un sentido a las sustancias toxicas ni así mismo (Castaño y Gonçalves, 2014). Para concluir, en el caso de las adicciones cuando estás crecen, el síntoma también lo hace, al igual que el desánimo y la apatía en el círculo social, familiar, educativo, laboral y de pareja del ser humano, pues la droga es el pilar en el sujeto toxicómano, debido que su único anhelo es involucrarse con este y saciar su goce. (Ulloa, 2015)

Formación del síntoma

Desde la doctrina psicoanalítica, los síntomas son vistos como agentes perjudiciales que conllevan sufrimiento, displacer o dolor. De acuerdo con Reubins (2015), para Freud la principal consecuencia del síntoma consiste en el desgaste anímico en el sujeto, esto compromete la energía positiva disponible. Es así que, los síntomas son el resultado de un conflicto a nivel de satisfacción pulsional. Además, generan una satisfacción frustrada a partir de una regresión a acontecimientos anteriores. A continuación, se describen los componentes involucrados en la formación del síntoma.

Para Freud existen dos fuerzas enemistadas que coinciden en la formación del síntoma. Una de ellas corresponde a la libido rechazada por la realidad que, en otras palabras se traduce a frustración y la regresión entendida como el grado de satisfacción ante conflictos ya superados o hacia un objeto ya resignado (Freud, 1916). En esta lógica, si las regresiones no condicionan el yo, no se desencadena una neurosis, sino una perversión. Por el contrario, si la estructura del Yo no presta acuerdo con la satisfacción de las aspiraciones, la libido es atajada y requiere ser gestionada por otro mecanismo. Entonces, se establecen las fijaciones comprendidas como vías reprimidas que sustraen al yo y sus leyes.

Con base a lo expuesto, la formación del síntoma se engendra como un mecanismo del cumplimiento del deseo libidinoso, el cual es inconsciente. De acuerdo con Freud (1916), cuando la escapatoria de la libido se da en situaciones de conflicto, admite la posibilidad del apareamiento de fijaciones, las cuales se hallan en las vivencias y prácticas de la sexualidad infantil, en los objetos resignados en la niñez y en los intereses parciales que han sido abandonados. En otras palabras, la fijación libidinal se descompone en dos factores principales: la predisposición adquirida durante la primera infancia y la disposición heredada. Esto determina la constitución social y sexual del sujeto, lo cual influye en el desarrollo y manifestación de la energía libidinosa.

Por lo tanto, la formación del síntoma involucra la forma en la cual el Yo orienta y guía la energía libidinal, además, aquí participa la represión. No obstante, Freud asegura que en la expresión de síntoma se sitúa en una modalidad positiva, caracterizada por satisfacción sustitutiva y una modalidad obsesiva del síntoma negativo, el cual se traduce a prohibición. Por lo tanto, a mayor obsesión mayor displacer y explícito el síntoma (Korgi, 2012).

Manifestaciones del síntoma

Para Freud, el síntoma constituye una manifestación subjetiva, una expresión real, un deseo, un fantasma inconsciente que, se encuentra determinado por la realidad de un individuo. Por el contrario, para Lacan la manifestación del síntoma es una marca que se inscribe en el cuerpo, es decir, una expresión que no únicamente se

reduce a una enfermedad orgánica (Ramos, 2012). En otras palabras, esto deriva al síntoma somático el cual afecta el desarrollo integral del sujeto, además, cualquiera que sea su inscripción el signo patológico desencadena otras problemáticas. Sin embargo, el valor subjetivo de la lesión se estima un síntoma en sentido psicoanalítico.

A partir de estos criterios, se comprende que la manifestación del síntoma involucra aspectos somáticos que responden a mecanismos de represión e histeria. Para Freud, el inconsciente da cuerpo al síntoma, es decir, constituye una materialidad subyacente de lo psíquico, a lo cual denomina conversión (Sorrentini, 2016). Este es un mecanismo en el cual interactúan las representaciones reprimidas entre el alma y el cuerpo que se exhibe mediante el cuerpo y el síntoma. En dicha conversión el cuerpo recibe una energía cuya dinámica queda reprimida y esta represión se transforma hacia otras representaciones. Lo cual deja en evidencia que el exceso de represión se expresa en un trastorno del cuerpo.

En este contexto, es significativo indicar que Lacan postula la idea de que los sujetos son sostenidos por el cuerpo, por lo que serían visto como un efecto de incorporación de lo simbólico. Además, destaca la dinámica de lo pulsional como materialidad representacional en la relación entre lo somático y lo psíquico (Romero, 2011). Sin embargo, según menciona Freud (1916), en la conferencia 23, los caminos del síntoma, la existencia de los síntomas típicos, dependen de cada caso clínico, entre ellos esta: la duda en la obsesión y el asco en la histeria. No obstante, cabe mencionar que la manifestación de dichos síntomas en algunos casos corresponde a cuadro patológico, pero en otros no.

Por último, la manifestación del síntoma depende la historia del sujeto, es decir, su contexto, sus vivencias, sus experiencias. En algunos casos lo sintomatológico viene dado por los hechos comunes del sujeto, los cuales adquieren su valor patológico y se convierten en un malestar. Al mismo tiempo, los teóricos freudianos estiman que la cura del síntoma se da mediante la palabra, donde el sujeto verbaliza su dolencia, por lo que es sustancial garantizar la forma en la que el enfermo habita con el síntoma. Para (Romero, 2011) Freud introduce el término traumático, entendido como un aflujo de excitaciones excesivo donde el sujeto es incapaz de

controlar y elaborar psíquicamente. Lo traumático se traduce aquello a lo que el sujeto no encontró y esa fijación e inscripción desencadena la caída del aparato psíquico y el metabólico, a través del síntoma.

La adicción como un síntoma desde el psicoanálisis

Es importante aclarar que desde el psicoanálisis cuando se habla de toxicomanía se habla de un síntoma, que su origen es diferente en cada sujeto, el síntoma es el resultado de uno o varios conflictos entre las instancias yo, ello, supere yo, que no están solucionados y que permanecen en el inconsciente reprimidos o negados, de manera que al separarse de la vivencia del sujeto estos generan un malestar psíquico (Rodríguez, 1996). Como se expuso anteriormente Freud describió que el síntoma surge por aquel trauma que entra en conflicto con el súper yo y el ello.

De esta manera al seguir la línea de Freud el consumo es un acto auto erótico, por lo tanto para que el síntoma de la adicción aparezca existirían tres elementos: primero el sujeto no practicarían la masturbación, debe cumplirse la teoría de la economía libidinal, es decir si se descarga este deseo por vía de la masturbación pues ya no será necesario descargarse por la del síntoma: como segundo elemento es que tal energía no serían sustituida o liberada de otra manera; y el tercero es que la fantasía se vuelva inconsciente (Ulloa, 2015).

El adicto busca la satisfacción de deseos que no pueden ser satisfechos, muchas veces es recuperar algo que se perdió en el pasado posiblemente el deseo del destete, es por eso que la droga se transforma en algo compulsivo, obsesivo en busca de satisfacer su objeto perdido peor no lo encuentra y lo desplaza por objetos sustitutivos de tal manera que cualquier objeto de satisfacción esta influenciado por la pérdida lo cual hace que no sea posible la compaginación del sujeto con el objeto de deseo (Ulloa, 2015). El objeto de su anhelo no es la droga si no la satisfacción de la fantasía creada por la idealización de su objeto perdido y lleva a generar al sujeto un goce absurdo que fracasa una y otra vez (Rodríguez, 1996).

Por otro lado, la adicción representa un interés en la vida del sujeto, pues se genera un vínculo con la sustancia. En este sentido, la sustancia comienza a ocupar un lugar privilegiado el aparato psíquico, lo que compromete la esfera conductual,

emocional, social y cognitiva de la persona. Así la obtención de la sustancia gira en torno a la generación de condiciones para el consumo o la expectativa del placer asociado. Desde la perspectiva dada por Barrenengoa (2022), en esta instancia se desarrolla el síndrome de abstinencia y la tolerancia, donde se llega a la posibilidad de generar una dependencia a las sustancias. Por lo tanto, el diagnóstico de adicción depende principalmente de las características del sujeto con la sustancia y qué lugar ocupa en su psique.

Ahora bien, desde muy temprano en el psicoanálisis varios autores se interesaron por entender y buscar un tratamiento frente a las adicciones. Cabe añadir, que Freud no a bordo de manera teórica la adicción a sustancias, únicamente existen alusiones sobre la adicción como efecto del plano de la sexualidad. Así pues, la adicción no se trata de un recurso o mecanismo en busca de la felicidad, más bien un método de evitación del displacer, por este motivo, la droga se sobreentiende como un quitapenas que desencadena: sufrimiento, tareas insolubles, desengaños e insatisfacciones (Gutiérrez, Blanco, y Márquez, 2017). Dicho de otra manera, la adicción como síntoma genera vulnerabilidades y dificultades.

En las adicciones desde el psicoanálisis el síntoma no es visto como un deseo corporalmente reprimido. Por el contrario, es una conducta realizada por el sujeto, puesto que de manera voluntaria introduce tóxicos o drogas en su cuerpo. Por ello, se evidencia un fracaso síntoma en correspondencia a hacer real la palabra, dado que, existe un equilibrio inestable, tiempo en el cual el síntoma no logra ser tramitado, ni estructurado (Hernández, 2015). Por lo tanto, se reduce la dimensión del actuar, donde se da la acción de drogarse o del dramático pasaje del acto, en el cual se pierde la realidad por un delirio asfixiante y diabólico. Es así que, el adicto busca algo en las sustancias ante su carencia en ser, su yo se siente amenazado y elige un camino de displacer.

El goce en la adicción

En el inicio de la adicción se manifiestan principalmente dos procesos: El primero, generalmente se basa en el control de la entrada y salida del consumo; en otras palabras, el goce de ella. Así pues, en esta posición el sujeto maneja previamente una fantasía o idea que lo seduce, sin embargo, cuando se le presenta un

acontecimiento se siente a la orilla del consumo; El segundo, se centra en un proceso afectivo y psíquico donde el individuo se siente inducido a huir de la realidad y más adelante, caerá en la dependencia del consumo pese a la percepción de poder dejarla en un momento (Hernández, 2015). A causa de pretender controlar la situación el sujeto cae en el goce de la adicción.

En esta línea de pensamiento, un sujeto en diversas ocasiones tiende hacer presa de las drogas, un dependiente que consigue a cualquier precio el alcohol o los tóxicos. En este sentido la droga, constituye el único recurso para someter su incomodidad de existir, el remedio a su sufrimiento, donde pierde el dominio evocador de las palabras. En este momento, se produce una fractura caracterizada por la ruptura de la palabra y la necesidad de consumir, pues la droga ahora es el mecanismo que lo sostiene (Hernández, 2015). Por ello, la sustancia representa el momento fugaz de apaciguamiento, la esperanza, la corriente intensa y gozosa que le permite sentirse aliviado.

Finalmente, Lacan, (2009) menciona en sus escritos II que en el goce de la adicción hace referencia a la dificultad que existe en la exteriorización del “hablante ser”, la cual se caracteriza por sacar de la castración un goce. Es decir, permitir que la castración y el deseo sean los mecanismos que liberen al individuo de la angustia, lo cual conduce hacia una investidura del cuerpo que únicamente simboliza la falta del mismo. Por lo tanto, Lacan concluye que la droga se traduce a una falta, una carencia que sucede al hombre y la mujer con el orden fálico. Es así que, para el psicoanálisis el goce constituye un exterminio en silencio donde el individuo encuentra alivio a través de las drogas. Sin embargo, ahora sus deseos y palabras lo que genera un síntoma neurótico caracterizado por un goce que insiste, un goce catastrófico.

La droga como quita penas

Ahora bien, se ha revisado diversas perspectivas acerca de las adicciones. En este punto, sobresale el término “quita penas”, para lo cual Freud (1930), a través de su escrito titulado, “El malestar en la cultura”, coloca al ser humano como un medio atenuar su dolor y lo atribuye a la forma de quitapenas. Seguidamente, el autor funda lo expuesto con la sexualidad, puesto que si está en el ser humano no es

satisfecha idóneamente se manifiesta a modo de carga tóxica. No obstante, S. Freud propone que para un alivio inmediato el individuo tiene que subrefugiarse, lo que refiere que de por medio se presenta una intoxicación endógena y exógena. Por lo tanto, las sustancias se interpretan como un veneno, pero también como una medicina, pero el ser humano al verse involucrado en esta no logra discernir la disimilitud entre veneno-medicina, pues lo atribuye como uno mismo, por lo que se llega a intoxicar en esta (López, 2007).

Concomitantemente, Freud añade a su postulado que la “puesta en significante es equivalente a la relación con la realidad, en la medida que exige una actividad simbólica que separa al sujeto de las satisfacciones compulsivas” (López, 2007, p.31). Por lo tanto, el autor crea este vínculo entre la realidad, el consumo de sustancia y la dependencia, sobre todo porque la persona no puede soltarla, para lo que Freud la concibe como cobardía y porque se subrefugia en la misma, pues no encuentra el camino ni la salida a su quitapenas (Le Poulichet, 1996)

Por consiguiente, el quitapenas es considerado como un método para calmar la angustia y el desconsuelo del cuerpo como tal. Asimismo, la palabra se lo atribuye absolutamente a la corriente psicodinámica que se basa en una primera intoxicación, la cual es de carácter endógena a través de pulsiones, esfuerzos libidinales y autoeróticos. Por otro lado, Freud en una de sus cartas hacia su colega Fliess trae a alusión a la masturbación, debido que también toca el tinte sexual anteriormente mencionado. Así, por relevos, exteriorización pulsional de goce que se presenta con conductas de pánico, alucinaciones y delirios. Así, también por la presencia de revelos se desencadena la drogadicción y alcoholismo (Freud, 1930).

Para terminar, se ha descrito también acerca de la toxicomanía, la cual es considerada como una quitapenas para las personas con altos niveles de melancolía, puesto que esta engloba a las adicciones, duelos no elaborados, entre otros aspectos difíciles de realizar. Con base en lo expuesto, el “quita penas” aparece desde dos ejes: el de la imagen del yo que se halla valorizada por la pérdida y del objeto al que no existe una desvinculación. Por lo tanto, el individuo toxicómano surge como una forma de escapar de un vacío con una enorme cobertura sellada de nada en que se ha convertido la persona por su

individualización con el objeto/sujeto perdido (López, 2007).

Objeto droga

El objeto-droga se considera como un recurso que en la sociedad actual se encuentra al alcance de cualquier sujeto. De acuerdo con Lutereau y Belucci, (2017) el objeto es entendido como:

Como objeto, podríamos diferenciarlo tanto del objeto del deseo, que en sentido estricto es un vacío, como de los objetos parciales que se recortan a partir de la operatoria de la castración y que se coordinan con la función fálica. Al menos en el modo en que este objeto se inscribe en el discurso capitalista, funciona como un elemento que materializa la conclusión de la castración; es decir, no se trata ni de un objeto-vacío ni de un objeto coordinado con la falta, sino que, presentifica la ilusión de un goce pleno aunque efímero, acorde a la economía de goce el capitalismo actual (p.11).

En esta línea de pensamiento, la droga posee un valor de automedicación que otorga un modo de tratar o gestionar las consecuencias de las condiciones del entorno. Al mismo tiempo, esta sustancia devuelve al individuo cierto registro de vitalidad o de ponencia ante conflictos que, muchas veces representan bajones. Para (Le Poulichet, 1996) la droga funciona como una tentativa de cerrar un cuerpo frente al avance intrusivo de otro, lo cual permite abordar la inexistencia de un cuerpo en psicosis. Por consiguiente, en algunos casos este tóxico comprende un valor restituido el cual se asemeja al delirio, además, como un valor de significación entendido como efecto del consumo.

Asimismo, en cuanto al objeto droga se manifiestan aspectos fundamentales. De acuerdo con Staude, 1998 cómo se citó en Lutereau y Belucci, (2017) este punto se lo relaciona también con la fortaleza del Yo, la superioridad frente al cuerpo y el mundo como tal, debido que el hombre. En esta instancia aparece un término sustancial, el cual se denomina montaje adictivo, mismo que es considerado como una manera de debilitar el peligro sobre lo intolerable en la persona. Del mismo modo, Lutereau y Belucci (2017), manifiestan que “se centra en la procuración del objeto-droga, e implica el rechazo a pasar por el Otro, así como la instrumentación

del otro como medio para acceder a la satisfacción que la droga aporta” (p.17). Entonces, se entiende, que dichas expresiones se dan de diversas formas en el ser humano, al igual que mantiene una lucha constante entre sí mismo y la droga.

Para concluir este apartado se ha indicado acerca del goce, del placer, de la ilusión sobre el objeto droga. No obstante, el otro polo que se halla inmiscuido revela al dolor inmenso y sufrimiento constante del sujeto, para lo cual Freud lo adjudica como la expresión de objeto mnemónico hostil. Seguidamente, (Rabinovich, 1988 cómo se citó en Lora y Calderón, 2010) “el dolor deja también tras de sí signos, signos que Freud resume bajo la expresión de objeto mnemónico hostil, que configuran una huella que incita a la descarga cuando el displacer, que atraviesa cierto límite y alcanza el umbral del dolor” (p.3). De este modo, es necesario conocer la doble arista en el consumo de sustancias, puesto que una se asemeja al goce, mientras que la otra es la repercusión de la persona a lo largo de su vida y encuentra en la droga el objeto para trascender.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Paradigma de la investigación

En la presente investigación se establece un paradigma constructivista que no intenta tomar el control ni predecir el mundo real sino más bien tiene como objetivo reconstruir la realidad ya existente (Ramos, 2015). En el constructivismo de acuerdo con Flores (2004), la realidad se representa de diferentes maneras en las construcciones mentales de los individuos que conforman un determinado grupo humano, tales realidades no son únicas ni determinadas, dichas construcciones responden al conocimiento individual de cada individuo. Por consiguiente, se trabajó de forma individual con el interés de conocer las construcciones internas y propias que las pacientes tienen acerca del consumo y los síntomas en base a su propia subjetividad.

2.2. Modalidad

La modalidad utilizada en la presente investigación es cualitativa que consiste en analizar e integrar datos no numéricos si no, más bien datos narrativos, que implican información tipo verbal como experiencias vividas, emociones y sentimientos (Monje, 2011). Según Hernández, Fernández, y Baptista (2014), esta modalidad “se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, de tal manera que profundiza en sus puntos de vista, interpretaciones y significados” (p.358). Por lo tanto, esto permite realizar un análisis teórico el cual será comparado con las experiencias de los individuos, historia clínica para determinar los criterios más relevantes respecto a la temática que se va a abordar.

2.3. Alcance y corte

El presente estudio es de alcance descriptivo a través de estudio de caso. De acuerdo con Ramos (2020), Este alcance tiene como objetivo describir las interpretaciones arbitrarias que se desarrollan dentro de un grupo humano con respecto a un fenómeno particular. De la misma manera el estudio de caso busca

describir y analizar de manera intensiva y profunda el fenómeno o entidad social con el objetivo de comprender el significado de su experiencia (Monje, 2011). Por tal razón, se llevó a cabo el estudio de caso con cada una de las pacientes, lo cual permitió recoger y detallar la información de manera independiente y de forma minuciosa con respecto a la sintomatología en relación con la variable de consumo de sustancias. Además, es de corte transversal, se levantan los datos en un momento único.

2.4. Población, muestra y muestreo

El CETAD en el cual se elaboró la presente investigación brinda servicio de internamiento a mujeres mayores de 18 años de cualquier parte del país con consumo problemático de alcohol y drogas en Tungurahua, desde su apertura en el año 2021 hasta el presente año existe un promedio de 300 mujeres internas por trastorno de consumo de sustancias. Se ha determinado una población de 15 mujeres actualmente internas, que cumplen su tratamiento de 6 meses y que aproximadamente se encuentre en internamiento dos meses la población escogida de mujeres se debe a que, las mujeres tienen un inicio de consumo más precoz y caritativamente mayor y evitan acudir a un servicio de ayuda (Blanco, Ruiz, y Palacios, 2005).

Para la presente investigación al ser de tipo cualitativa, acorde a Hernández, et al., (2014), quien menciona que el tamaño de la muestra no es importante cuando se trata de una investigación no probabilística, este abarca una indagación profunda debido al análisis de caso único basado en entrevistas profundas por lo que se consideró el análisis de 3 casos clínicos, también al ser una población de riesgo por el consumo de drogas no se puede abarcar más muestra.

No obstante, para llegar a la muestra exacta se mantuvo un acercamiento un mes antes con contacto directo con actividades para crear *rapport* y con el fin de conocer más sobre las historias de vida de las pacientes internas en el CETAD. Por ello, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia e intencional con criterios de inclusión, lo cual permite elegir a los colaboradores que acepten

participar en el estudio. Se seleccionaron casos específicos que cumplan con ciertos criterios de inclusión que son:

1. Mujeres mayores de 18 años que se encuentren en un periodo de internamiento de al menos dos meses, en este se obtiene la historia clínica y la paciente pasa un periodo de adaptabilidad al tomar conciencia de su problema y no más de 5, a los seis meses las pacientes salen del lugar y no se puede tener contacto con ellas para aplicar los reactivos
2. Un diagnóstico de trastorno por drogodependencia confirmado
3. Tienen que pertenecer al CETAD punto de decisión en calidad de pacientes.
4. La participación sería voluntaria en la investigación a través de un consentimiento informado.

Técnicas e instrumentos de investigación

Técnicas

- **Observación clínica**

Esta técnica consiste en observar de manera atenta al fenómeno o caso, se realiza una descripción física particularizada, aporta un conocimiento detallado y minucioso que permite identificar y diferenciar al sujeto de los demás (Díaz, 2011). Por lo tanto, esta técnica se implementó al momento de aplicar las entrevistas a las pacientes dado que, permite optimizar todo el proceso con la finalidad de observar y registrar los comportamientos y se toma en consideración lo que el sujeto comunica de manera verbal o no verbal para un posterior análisis. De igual manera de acuerdo con López, et al., (2019), esta técnica ayuda a perfeccionar y definir mejor la información que se utilizará como válida y la calidad de la búsqueda de datos de interés para el posterior análisis de caso.

- **Técnica de la entrevista psicológica**

La presente investigación utiliza la técnica de entrevista psicológica en la recolección de datos. De acuerdo con lo expuesto por Feria, Matilla y Mantecón (2020), esta técnica se basa en la comunicación interpersonal entre el investigador y sujeto de estudio a fin de obtener información respecto de sus opiniones, sentimientos, criterios y significados sobre el problema investigado. En este sentido, resulta de utilidad para profundizar sobre la sintomatología de la adicción en pacientes por consumo de sustancias.

- **Historia clínica**

Este estudio emplea la historia clínica como complemento a la entrevista psicológica. La historia clínica es un *dosier* científico que resulta de gran utilidad por la integración de información biológica, social y psicológica en relación con el soma y lo psicopatológico, donde se relaciona la información previa y actual del sujeto de estudio (Arias, Palma, Mercerón, & Suárez, 2022). Con ello, se obtiene información biopsicosocial referente a los antecedentes médicos, familiares y relacionales de los pacientes por consumo de sustancias.

Instrumentos

- **Ficha Ad Hoc sociodemográfica**

La ficha Ad Hoc sociodemográfica se empleó con la finalidad de esquematizar y categorizar la información personal y familiar de los pacientes por consumo de sustancias. En la primera sección, se recopilaron reactivos como la edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, sustancia que más ha consumido, tiempo de consumo; mientras que, en la segunda sección, se solicita información acerca de su dinámica familiar como el tipo de familia, consumo de sustancias de sus progenitores, relación familiar, conflictos relaciones y apoyo recibido.

- **Entrevista semiestructurada**

Para esta investigación, se emplea una entrevista semiestructurada validada por expertos. Este instrumento posee un guión de preguntas, donde los entrevistados pueden responder de forma abierta y con libertad (Schettini y Cortazzo, 2016). En este sentido, se diseñó una guía de entrevista a profundidad compuesta por 34 preguntas, cuyo objetivo es recolectar información acerca de aspectos sintomatológicos no clínicos de pacientes por consumo de sustancias desde una perspectiva psicoanalítica.

En su elaboración, se toma como referencia tres categorías de investigación, a saber: objeto droga, consumo de sustancias y sintomatología de la adicción; mismas que cuentan con tres, una y dos subcategorías, respectivamente. Posterior a ello, la entrevista a profundidad fue sometida a la validación de cinco expertos, a fin de evaluar la pertinencia, relevancia y lenguaje de las preguntas planteadas mediante una rúbrica de evaluación. Este proceso permite garantizar la confiabilidad y validez del instrumento para la recolección de la información necesaria en el estudio.

- **HTP**

Se emplea la prueba proyectiva House-Tree-Person HTP que fue desarrollado por Buck en 1948. Es una prueba proyectiva de expresión gráfica que posee tres reactivos específicos: casa, árbol y persona que se aplican en una población de cinco años en adelante, con una aplicación individual y duración entre 20 y 30 minutos. El objetivo de esta herramienta es obtener información sobre la personalidad de un individuo; donde la casa explora la situación familiar del evaluado, el árbol aborda el inconsciente de la personalidad y relación con el ambiente; y, la persona refleja lo más cercano a la conciencia, autoconciencia, autoimagen y mecanismos de defensa (Paladines, 2018). El orden en el que se solicita dibujar los reactivos mantendrían: 1) casa, 2) árbol y, 3) persona.

Este proceso de evaluación se complementa con la observación de algunos elementos como la actitud, lenguaje no verbal, secuencia de los dibujos, elementos borrados, giros o rotaciones de la hoja, impresión general y pausas; y una serie de preguntas para cada dibujo. La prueba se evalúa cada reactivo con sus inferencias psicológicas de forma individual y los tres juntos de forma secuencial e integral. En contraste, para su calificación se toma como referencia las pautas de interpretación que se ofrecen en el Manual de Paladines (2018), donde se toma en cuenta la simbología y ciertas características gráficas.

- **ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)**

Se incluye el Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la finalidad de confirmar el diagnóstico de adicción en las pacientes por consumo de sustancias. Se utilizó la versión 3.1 (OMS, 2010), cuyo objetivo es evaluar los “riesgos para la salud y otros problemas asociados al consumo de sustancias” (Soto, y otros, 2014, p.292), a saber; del “alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas” (Valarezo, Erazo, & Muñoz, 2021, p. 282) durante los últimos tres meses. Su utilidad radica en la validez que posee en la aplicación a diferentes poblaciones y culturas.

Su aplicación dura entre 5 y 10 minutos aproximadamente. La puntuación obtenida se determina con base en categorizaciones según el nivel de riesgo, a saber: bajo, moderado y alto. Según la OMS (2010), los dos últimos establecen un consumo peligroso o dependencia de sustancias, respectivamente; donde los altos niveles de riesgo se miden a través del deseo o ansias de consumir (P3), intentos fallidos de reducir o eliminar el consumo (P7) y el consumo por vía inyectada (P8). La puntuación final se obtiene al sumar desde la pregunta 2 a la 7; el último ítem únicamente representa un indicador de consumo de alto riesgo y se asocia con otras problemáticas. Su interpretación se basa en resultados numéricos que se ofrecen para cada sustancia.

Tabla 1. Puntuaciones interpretativas del ASSIST V.3.1.

Categoría	Alcohol	Todas las demás sustancias
Riesgo bajo	0-10	0-3
Riesgo moderado	11-26	4-26
Riesgo alto	27+	27+

Fuente: elaboración propia a partir de OMS (2010).

Respecto de sus propiedades psicométricas, por su amplia aplicación y versatilidad, se han aplicado en diferentes contextos cercanos al país. En este sentido, se identificó un Alpha de Cronbach de 0.91; para el tabaco un 0.87, el alcohol con 0.93, marihuana 0.95, cocaína 0.98, anfetaminas 0.98, inhalantes 0.90, tranquilizantes 0.97, alucinógenos 0.98, y opiáceos 0.98. (Soto, y otros, 2014).

Procedimiento metodológico

Esta investigación inició con la elaboración del plan de titulación, donde se identificó el problema, variables y población de interés, conjuntamente a la revisión y recolección de fuentes bibliográficas que sustenten la sintomatología en pacientes por consumo de sustancias desde una perspectiva psicoanalítica. Luego, se seleccionó la metodología pertinente para obtener los objetivos planteados, tanto en el diseño del estudio, población escogida e instrumentos para la recolección y análisis de datos.

En lo posterior, se desarrolló una sustentación teórica y metodológica de la investigación. A su vez, se realizó la caracterización de variables a fin de diseñar la entrevista a profundidad semiestructurada. Una vez finalizada su construcción, se seleccionó cinco expertos en la temática de estudio para la validación del instrumento. De las respuestas se realizaron las correcciones y sugerencias. Al mismo tiempo, para obtener la información de las mujeres internas por drogodependencias se elaboró un oficio dirigido al Centro Especializado en Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD)-Punto de Decisión; así como la carta de consentimiento dirigido a los participantes de la investigación.

Previo a la aplicación de los instrumentos, se tuvo un acercamiento a las instalaciones y pacientes para crear un ambiente amigable y reducir posibles resistencias. Se elaboraron 4 diferentes actividades (ver Anexo 7), una por semana con temáticas en relación al consumo de sustancias desde la teoría psicoanalítica. Durante este proceso, se seleccionó a los participantes según los criterios de inclusión y se socializó la investigación para conocer su voluntaria participación, lo cual fue positiva, por lo que se procedió a realizar los consentimientos informados con completa confidencialidad, al ser una población en riesgo se mantiene un anonimato total en toda la investigación.

En la evaluación, se aplicó el test ASSIST para corroborar la dependencia a cualquier sustancia, ficha sociodemográfica, la entrevista semiestructurada, los registros de observaciones y la prueba proyectiva HTP, también se recabó información de sus historias clínicas proporcionadas por el CETAD, esto se realizó en dos sesiones de forma individual. Después, se procedió con la calificación y análisis de la información recolectada por medio de la transcripción de las entrevistas, seguido a esto se codificó manualmente las respuestas toma lo más importante del discurso de cada una de las entrevistas en función a las categorías de análisis: objeto droga, goce, sintomatología de la adicción en relación al psicoanálisis y toda la información recogida de los reactivos aplicados para una triangulación de información para determinar el síntoma.

Caracterización de la muestra

La muestra de esta investigación se conforma por tres mujeres internadas en el CETAD. Este centro cuenta con 15 mujeres internas actualmente, 3 de ellas cumplían con los criterios de inclusión en cuanto al tiempo de tratamiento mínimo de cinco meses e internamiento de dos meses. No obstante, posterior a la aplicación del resto de criterios, el estudio tenía a disposición únicamente tres casos clínicos. Debido al diseño cualitativo del estudio, es importante considerar que la investigación se enfoca en el análisis profundo y descriptivo de la sintomatología de la adicción por consumo de sustancias de estas mujeres desde una perspectiva psicoanalítica más que en la generalización de resultados.

Para la caracterización sociodemográfica de las participantes, se utilizó la Ficha Ad Hoc Sociodemográfica en el que se solicitaron datos respecto de la edad, sexo, estado civil, tiempo de consumo, nivel de instrucción, sustancia de mayor consumo y número de internamiento. Es esencial destacar que, en cuanto a la sustancia de mayor consumo la frecuencia no coincide con el tamaño de la muestra dado que dos de las participantes refirieron dos sustancias de mayor consumo.

Tabla 2. Resultados de ficha sociodemográfica

Variable	Frecuencia
Edad	
19 años	1
44 años	1
51 años	1
Sexo	
Mujer	3
Estado civil	
Soltera	1
Casada	1
Divorciada	1
Tiempo de consumo	
5 años	1
6 años	1
15 años	1
Nivel de instrucción	
Bachiller	2
Tercer nivel	1
Sustancia de mayor consumo	
Marihuana	3
Alcohol	2
N° de internamiento	
Primero	1
Segundo	1
Tercero	1

Fuente: Elaboración propia

Con base en la tabla anterior, se observa que existe una alta variabilidad de características sociodemográficas y poca frecuencia en cada una de ellas debido al tamaño de la muestra. En este sentido, se establece que toda la muestra se conforma de mujeres. Por otro lado, en cuanto a las edades son variables, las participantes tienen 19, 44 y 51 años, esta característica sociodemográfica refleja una gran diferencia de edad de uno de los casos clínicos en comparación con los dos restantes. Sin embargo, enriquece el estudio a fin de identificar diferencias entre las etapas de la adultez.

Del mismo modo, las participantes son dos solteras, y una casada. De igual manera en cuanto al tiempo de consumo para las participantes es de 5, 6 y 15 años; en este caso, la diferencia entre los rangos de tiempo fortalece el análisis para describir la sintomatología de cada una de ellas. Se evidencia mayor variabilidad en el nivel de instrucción; 2 obtuvieron el bachillerato y solo una accedió a la educación superior.

La sustancia de mayor consumo la marihuana, seguido del alcohol, donde dos de las participantes indicaron consumir estas dos sustancias; mientras que una de ellas solo consumía marihuana. Finalmente, en cuanto al número de internamiento dos de ellas tuvieron más de un internamiento.

Por otro lado, el diseño cualitativo requiere más información sobre las participantes para nutrir y enriquecer el análisis. Las características individuales son muy variables y carecen de un patrón o clasificación, por lo que, se complementa las características sociodemográficas con una historia clínica por cada caso clínico; en ella se incluyen la anamnesis personal, familiar, personal y sus antecedentes en áreas escolares, sociales y laborales y los reactivos aplicados. Esta información se describe en el análisis de cada participante.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Análisis de caso N.R

Datos Sociodemográficos

Tabla 3.Datos sociodemográficos caso N.R

Datos	
Edad:	19 años
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Soltera
Tiempo de consumo:	5 años
Nivel de estudios:	Bachiller
Sustancia de mayor consumo:	Marihuana
Internamiento :	Primero

Fuente: ficha sociodemográfica caso N.R. Elaboración propia

Historia Clínica

- **Motivo de consulta**

N.R ingresa al CETAD punto de decisión, por presentar consumo continuo de sustancias ilícitas en especial la marihuana, con un consumo frecuente, un deseo persistente a la sustancia, uso prolongado, y fracasos al intento de dejar o controlar el consumo de cannabis, lo que ha provocado en la paciente problemas sociales, familiares e interpersonales y a la vez reducción de sus actividades en las diferentes áreas mencionadas, lo que causó un malestar altamente significativo.

- **Anamnesis Familiar**

La paciente N.R tiene una familia monoparental conformada por dos hermanos de 26 y 24 años y una hermana de 17 años. La paciente menciona haber tenido varios conflictos con sus padres en la etapa de la niñez y adolescencia en los cuales existieron agresiones físicas y emocionales por parte de padre y madre tanto a la paciente como a sus hermanos, lo cual provocaba hacerla sentir ansiosa, bajo presión y triste. En la adolescencia a los 15 años de edad la madre se divorcia de

su padre regresa a Ecuador y deja a su hermana y a ella en el extranjero. Seguido de esto, la relación con su padre no fue buena. Actualmente la relación entre sus padres es distante su madre de 47 años vive en Ecuador y su padre de 52 años vive en USA, la paciente vive independientemente y cuando visita Ecuador se queda en casa de su madre, con respecto a los antecedentes patológicos de su familia sus hermanos mayores tienen un consumo de marihuana de 9 años y su madre sufre ansiedad y depresión.

- **Anamnesis Personal**

La paciente N.R de 19 años, menciona que su infancia fue estable hasta los 8 años de edad. Nace en Ecuador y vive ahí hasta los 4 años luego se traslada a vivir a USA con sus padres, entre esos años refiere “tuve un abuso sexual de mi hermano mayor” de lo cual ella se siente culpable. Por otro lado menciona no tener estabilidad en lo que resta de sus infancia, se mudaba mucho por diferentes estados, por lo que tuvo diversos cambios de escuela. En su adolescencia el divorcio de sus padres le afecto de manera significativa causándole depresión, ansiedad y su primer consumo de marihuana, que continuó de forma ocasional hasta el 2022 que empezó un consumo diario. A los 18 años la paciente sale de casa de su padre y se independiza para vivir con su novio, seguido de esto pierde su departamento por el consumo y regresa Ecuador debido al consumo intensificado de marihuana desde hace 7 meses atrás, la paciente actualmente se encuentra interna en el CETAD punto de decisión.

- **Área Académica**

Empieza a estudiar en el extranjero desde los 4 a los 8 años, luego regresa a Ecuador y estudia ahí hasta los 10 años, pero no concluye el último año de bachiller.

- **Área social y laboral**

La paciente N.R menciona no tener muchas amistades desde la infancia debido a las constantes mudanzas y cambios de escuela, también refiere “No soy muy sociables, siempre he sido reservada, tranquila, tímida y callada, quizá por eso no tengo, ni tuve muchas amistades”. Respecto a su área laboral la paciente menciona haber comenzado a trabajar a los 16 años de mesera, recepcionista, cocinera, a los 18 años trabaja en una construcción y aprendía como ser jefa de construcción de edificios.

- **Resultados de reactivos aplicados**

Cuadro 1. Resultados de reactivos caso N.R

Reactivos	Resultados
Test de funciones básicas	Todas sus áreas se encuentran dentro de lo normal excepto el juicio, razonamiento y hábitos, se encuentran dispersos
Cuestionario de Salamanca	La paciente presenta puntajes significativos en personalidad esquizoide con un puntaje de 4, en personalidad Histriónico con un puntaje de 5, en trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad subtipo impulsivo con un puntaje de 5 y en trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad subtipo límite con un puntaje de 5.
Escala de evaluación de Hamilton para la depresión	En la escala de depresión puntúa 22 correspondiente a un nivel severo.
Escala de evaluación de Hamilton para la ansiedad	En la escala de ansiedad psíquica puntúa 16 correspondiente a un nivel leve, con respecto a la escala de ansiedad somática puntúa 8 correspondiente a un nivel leve lo que conlleva aun resultado de 24 con un nivel general de ansiedad severa.
Test Audit	Sus resultados radican en la escala de 0-16 lo que indica un consumo leve de alcohol.
Test de dependencia emocional	Con más de 8 respuestas positivas se evidencia un alto nivel de dependencia emocional.
Craving de marihuana (MCQ)	Los resultados de las puntuaciones radican en 47 lo que corresponde a una dependencia grave.
Craving de Cocaína (CCQ)	Los resultados de las puntuaciones radican en 45 lo que corresponde a un uso leve.
Test “CAST”	El resultado radica en un puntaje de 15 lo que corresponde a un uso moderado de cannabis, con un consumo que ha presentado un malestar clínicamente significativo.

Fuente: Formato de historia clínica del CETAD Punto de Decisión
Elaboración propia

ASSIST

- **Análisis cuantitativo**

Tabla 4. Análisis cualitativo Assist caso N.R

Escala	Puntaje/ tabaco	Puntaje/ alcohol	Puntaje cannabis	Correspondencia
0-3				No requiere intervención/ nivel de riesgo bajo.
Solo en alcohol 0-10		10		No requiere intervención/ nivel de riesgo bajo
4-26	31			Recibir intervención breve/ Nivel de riesgo moderado
27+			39	Tratamiento más intensivo/Nivel de riesgo alto

Fuente: Resultados de aplicación de Assist.
Elaboración propia

- **Análisis cualitativo**

Los resultados obtenidos de la evaluación del test Assist, con respecto al tabaco concierne un puntaje de 31 puntos, ubicada dentro de la escala 4-26 lo que corresponde a que la paciente necesita un tipo de intervención breve y riesgo moderado. En lo que respecta al alcohol, el puntaje alcanzado corresponde a 10 puntos ubicado dentro de la escala 0-10 que corresponde a un nivel de riesgo bajo y no es necesaria una intervención. Por otro lado, respecto al puntaje de cannabis concierne a 39 puntos ubicado dentro de la escala de 27+ lo que corresponde que la paciente necesita un tratamiento más intensivo con respecto a esta sustancia con un nivel de riesgo alto de problemas de salud, sociales, económicos y legales en consecuencia de los hábitos de consumo lo que lleva a comprobar una dependencia a la sustancia.

Estos resultados tienen relación con las pruebas aplicadas en la historia clínica del CETAD, coincide con la prueba de Craving de marihuana con un diagnóstico de dependencia grave y con la prueba de AUDIT con un diagnóstico de consumo leve de alcohol. Además, se pudo obtener nueva información sobre un uso moderado de tabaco que puede darse por la combinación de cigarrillo electrónico con

marihuana. Lo que lleva a concluir que el diagnóstico de dependencia realizado por el CETAD es mayoritariamente confiable por las coincidencias encontradas.

HTP

En cuanto a los resultados del HTP, de manera general la paciente N.R tiene rasgos de agresividad con una falta de control de impulsos y respuestas agresivas, a su vez tendencia a ser hostil, negativa y con rasgos de inseguridad, narcisismo, orgullo y temor lo que le lleva a la dificultad para relacionarse con el mundo exterior, es decir mantiene el yo distante e inaccesible. Sin embargo, presenta rasgos de delicadeza, generosidad, emotividad, agilidad mental y capacidad de reflexión.

Referente al área familiar, presenta incomodidad en el plano afectivo con su hogar o su familia, no siente el calor de su hogar, tiene sentimientos de distancia hacia su familia, esto la lleva a ser una persona carente de afecto, sueños e ideales, con una personalidad poco demostrativa. Sin embargo, puede tener ideales espirituales, científicos y artísticos. Por un lado, respecto a su Yo y al sostén de su personalidad tiene criterios de realidad firmes y seguros. Por otro lado, referente al contacto social, es introvertida, no permite el fácil acceso a su intimidad pero cuando llega a tener ese contacto suele ser una persona en la cual predominan los sentimientos sobre la razón. Sin embargo, la falta de tacto social, le provoca conflictos, suele ser descortés y directa.

El árbol presenta fragilidad emocional y temor, en cuanto a el sostén de su realidad tiene inconformidad y sentimientos de descontento con una actitud de enojo y protesta, también suele ser una persona que muestra solo una parte de sí misma, su fortaleza yoica se basa en su emotividad y sensibilidad, tiene cierta evasión y falta de compromiso para obtener satisfacciones del medio, posee un apego a la fantasía, idealismo, desilusión o desengaño lo que lleva a una fuga de la realidad y un sentimiento de que el mundo exterior es una amenaza.

En la Figura humana tiene una correcta identificación de género, muestra una actitud protectora ante un posible ambiente amenazador. Sin embargo, puede

presentar estabilidad y responsabilidad por las cosas que le gusta. Presenta rasgos de inseguridad temor, baja autoestima lo que denota debilidad de carácter y ser influenciado. Manifiesta sentimientos de culpa por acciones masturbatorias, agresión reprimida, inmadurez y en gran mayoría feminidad y coqueteo.

Análisis de la entrevista

Cuadro 2. Síntesis de entrevista caso N.R categoría 1

SÍNTESIS	DISCURSO
CATEGORIA 1	
OBJETO	
DROGA	
Subcategoría 1	
Objeto de elección	<p>“Mi Amiga consumía marihuana y de la nada le dije a mis amigas que quiero consumir y se emocionaron mucho, esa fue la primera vez y me gustó mucho, mucho.”</p> <p>”Influyó mucho que empiece a consumir porque viví en Florida y es un estado que las personas consumen de manera muy normal igual mis hermanos empezaron consumir en florida y yo también”.</p>
Subcategoría 2	
Objeto de satisfacción	<p>“Si es que me sentía mal, me ponía nerviosa o me daba ansiedad llegaba a la casa y fumaba y todo desaparecía”.</p> <p>“Cuando consumía sentía tristeza de ahí muchas veces sentía euforia, alegría, tranquilidad, paz, me gustaba estar sola en mi mundo”.</p> <p>“Con la marihuana podía hablar con mi mamá, tener una conversación normal, podía expresarme más, decir mis sentimientos en general con cualquier persona, podía limpiar la casa, según yo era más productiva. Sin el consumo yo reprimía mucho era irática no tenía paciencia”</p>
Subcategoría 3	
Repetición	<p>“Mis hermanos me decían que mi mamá no nos quiere, que nos fue abandonando, muchas cosas negativas en la cabeza y yo cronificaba mas el consumo, me ponía irática con mi mamá venían mis hermanos y consumía y le decía a mi mamá que drogada ya no tengo que estar con iras”.</p> <p>”El consumo era una distracción y ya no pensaba en lo que mis hermanos me decían que mi mamá era lo peor”.</p> <p>”No quería aceptar mis responsabilidades de vivir sola”</p> <p>“No quiero aceptar que la familia no cambia ella siempre ha sido ausente en mi vida y lo sigue siendo mientras estoy aquí”</p>

Fuente: elaboración propia

El objeto droga fue elegido por el contexto en el que el sujeto se encontraba, una búsqueda constante de aceptación del otro. El objeto de elección se da en la marihuana articulada a la satisfacción que surgía en sus momentos de tensión, angustia, nerviosismo, represión, o a la poca expresividad de sus afectos. La satisfacción que se daba mediante este objeto ofrecía, tranquilidad, paz, alegría y euforia, que fue fijado en la idea del objeto que intervino en el ideal del yo, construido por una fantasía de ser alguien diferente, más comunicativa, social productiva y ordenada, lo que generaba un apaciguamiento de su necesidad ideal

de satisfacción no real sino alucinatoria, la droga disfraza la realidad y oculta el malestar del sujeto (Hernández, 2015).

La repetición del síntoma se centra en el vínculo materno y su ausencia, recordado por el refuerzo de pensamientos introducidos por sus hermanos. De tal manera que se suplanta el objeto del deseo relacionado al vínculo materno y la sensación de bienestar que el producía estar con ella, es decir la vivencia de satisfacción original, sustituida por el objeto pulsional, la pulsión representada en el malestar que introduce a la sujeto a buscar la droga como una promesa de felicidad, que con la adicción llega a ser un objeto de una necesidad imperiosa que no acepta ser diferido ni reemplazado (Aduriz, 2006).

Cuadro 3. Síntesis de entrevista caso N.R categoría 2

SÍNTESIS CATEGORÍA 2 CONCUSMO DE SUSTANCIAS	DISCURSO
Subcategoría 1 Goce	<p>“Cuando mis papás se separaron aumenté mi consumo”.</p> <p>“Mis hermanos me metían muchas cosas a la cabeza que mi mamá es lo peor y consumía como una distracción y no pensar en mi realidad”. “Chocaba mucho con mi mamá y tenía que drogarme para poder hablar con ella”.</p> <p>“Mi mamá me escondió el pasaporte para regresar a USA me puse muy mal empecé a temblar y tuve que fumar marihuana ahí mi mamá me vio consumir y luego tuve que dejar unos días y ahí yo me sentía muy muy mal sin consumir y empezaba a volverme muy irática sin paciencia con mi mamá y tenía que consumir para estar más tranquila con ella”.</p> <p>“Cuando vivía sola quería escapar de mis responsabilidades de vivir sola”</p> <p>”Mi mamá nos abandonó a mí y a mis hermanos en USA”.</p> <p>“trabaja en un strep dance, maneja borracha o salía a altas horas para conseguir la sustancias”</p> <p>“consumía para estar no sé, en mi mundo en mi cabeza olvidarme de todas las cosas que me estaban pasando”</p>

Fuente: elaboración propia

En cuanto al goce al ser la repetición de un malestar inconsciente, surge del síntoma y se ve representado en la incapacidad de romper el vínculo con la madre. Entonces, el sujeto goza de la repetición de este síntoma, este goce presenta la satisfacción de la pulsión en este caso la droga y el consumo, que lleva a la repetición para que su inconsciente goce de ese dolor, esto es lo único real del sujeto, el síntoma en el inconsciente (Eraso, 2018). Este síntoma está protegido por el placer del consumo que gobierna la búsqueda de su objeto de deseo y no logra

su fin, es decir en este sujeto no permite crecer y dejar de ser esa niña que la madre la abandono, por lo cual con el consumo pretende escapar a su fantasía y no recordar el abandono de su madre, que es mala, que es ausente y evadir responsabilidades de independizarse, pagar arriendo, lo que es lo real y lo que significa crecer y romper ese vínculo para lograr su fin.

Cuadro 4. Síntesis de entrevista caso N.R categoría 3

SÍNTESIS CATEGORÍA 3 SINTOMATOLOGÍA DE LA ADICCIÓN	DISCURSO
Subcategoría 1 Psíquico	<p>“Cuando consumía pensaba en cosas positivas, en todo lo que iba a lograr, mi realidad no me gustaba y fumaba otra vez”.</p> <p>“Me aislé de mi familia y ano era cariñosa, yo necesitaba estar drogada para no estar enojada”.</p> <p>“Al principio el consumo me causaba felicidad después emociones negativas, tristeza angustia ansiedad”.</p> <p>“Me volví antisocial, egocéntrica no me importaba nada era una persona completamente diferente sin la sustancia era grosera”.</p> <p>“Estaba gobernada por la droga”.</p>
Subcategoría 2 Somático	<p>“Sentía el consumo en la cabeza y por todo mi cuerpo me relajaba”.</p> <p>“Cuando no consumía me daba ansiedad ataques de pánico no podía hacer nada”.</p>

Fuente: elaboración propia

El síntoma tiene expresividad mediante la psique y el soma, esta expresión corporal tiene interrelación con la mente humana (Barenblit, 2002). El síntoma se presenta por las vivencias traumáticas que tuvo N.R en su infancia como el abuso sexual y el vínculo materno ausente, tal conflicto inconsciente se ha expresado a lo largo de su vida. Por una parte, de manera psíquica con ansiedad, desesperación, egocentrismo, agresividad, aislamiento, entre otros, los mismos que eran anestesiados por su objeto de pulsión que la lleva a crear una fantasía para el ideal del yo de ser todo lo contrario Por otra parte, en lo somático este objeto de pulsión lo sentía en su cabeza y en todo su cuerpo como una anestesia que la relajaba y sin el consumo sentía ataques de pánico, desesperación, sudoración al confrontar con su realidad.

Triangulación de Información

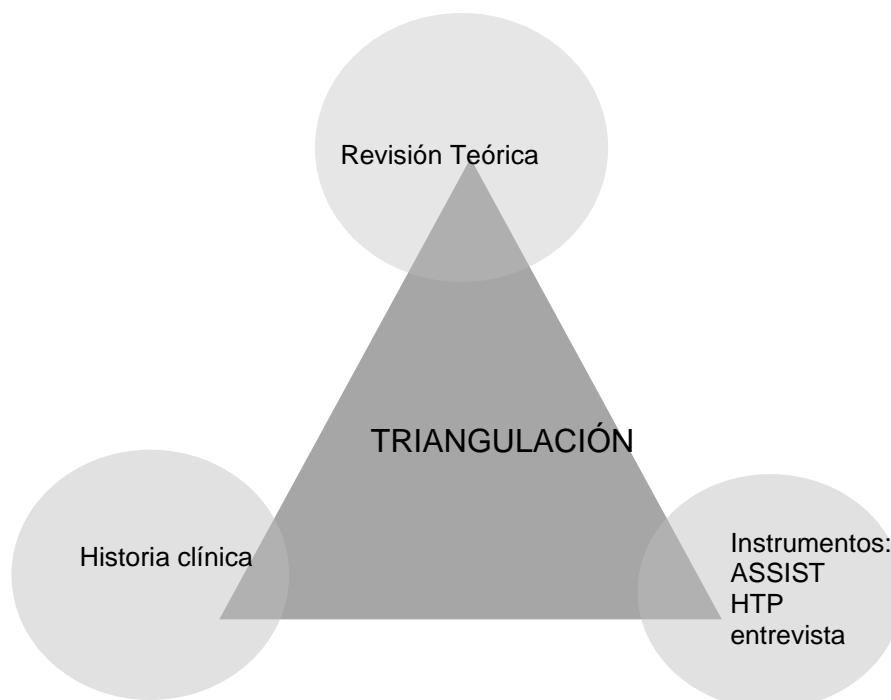


Figura 1. Triangulación de información. Elaboración propia

En el presente caso se utilizó la triangulación de información con la recolección de elementos de la historia clínica para obtener información importante sobre la historia de vida, el test ASSIST para la comprobación de dependencia hacia la sustancia, el test proyectivo HTP para determinar rasgos importantes en la paciente y la entrevista semi estructurada que ayudo con la experiencia personal directa, los datos obtenidos por cada uno de estos elementos se complementaron y se verificaron en relación a la teoría para que de esta manera se pueda extraer información principal para determinar el síntoma.

Con la triangulación de la información se encontró hasta ahora que, el síntoma en el caso de N.R radica en la ausencia del vínculo materno y el abuso sexual. Según Freud (1916), el síntoma se genera en la frustración, el trauma, vivencias, prácticas de la sexualidad infantil y el objeto resignado que ha sido abandonado, esto permanece en la paciente en las agresiones de su infancia, inestabilidad en su dinámica familiar, ausencia y agresiones de sus figuras parentales en especial de

su madre, por el divorcio de sus padres que determinó su objeto de deseo, el vínculo materno y la satisfacción del abuso sexual, que fue sustituido por el objeto pulsional “la marihuana”, este satisface su necesidad y brinda sensaciones de felicidad, tranquilidad, euforia que tiene la sujeto en su significante respecto a ese vínculo materno es por eso que este objeto se convirtió en un objeto adictivo insaciable y no controlable que la llevo a la dependencia de las sustancias.

Por otro lado, enmascara una tristeza que es en realidad el goce de su inconsciente este dolor o sufrimiento que se presentó como un significante y paso a convertirse en síntoma, es decir lo real del sujeto protegido por el placer que el otorga el consumo, no permite que gobierne la búsqueda de su objeto de deseo para lograr su fin de romper la inexistencia del vínculo materno y aceptar su realidad lo único real que existe en el sujeto que es el síntoma, desde el planteamiento teórico de acuerdo con Khantzian y Mack (1983), existe un falla parental un fracaso en la empatía materna y decepciones que causaron traumas, lo que dirigió a la sujeto a encontrar una sensación de bienestar que contribuyó a su yo y su ideal del yo como alguien comunicativa, tranquila, sin represión de emociones y sentimientos, productiva y ordenada.

De la misma manera, las manifestaciones del síntoma en cuanto al aislamiento, el desánimo la escasa relación con familiares, círculo social y de relaciones afectivas crecen por que la droga es el pilar del sujeto y su única intención es involucrarse con este y saciar el goce (Ulloa, 2015).

Análisis de caso B.M

Datos Sociodemográficos

Tabla 5. Datos sociodemográficos caso B.M.

Datos	
Edad:	51 años
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Casada
Tiempo de consumo:	6 años
Nivel de estudios:	Tercer Nivel
Sustancia de mayor consumo:	Alcohol, Marihuana
Internamiento :	Segundo

Fuente: ficha sociodemográfica caso B.M. Elaboración propia

Historia Clínica

- **Motivo de consulta**

BM ingresa al CETAD punto de decisión, por presentar consumo continuo de sustancias ilícitas en especial alcohol y marihuana. Según refiere paciente, empieza el consumo de alcohol a los 15 años, retoma su consumo en el 2017 hasta la actualidad con un consumo problemático lo que la ha llevado tener problemas en todas las áreas de su vida.

- **Anamnesis Personal**

La paciente BM de 51 años, refiere “tuve una infancia triste mi padre era muy exigente, el consumía alcohol y maltrataba a mi madre, mis padres no pasaban tiempo conmigo por el trabajo”, la paciente permanecía bajo el cuidado de otros menciona carecer de afecto a pesar de que tenían todo, a los 6 años sufre de un abuso sexual por parte de su tío materno, abuso que permaneció bloqueado por muchos años de su vida.

En la adolescencia sus padres se divorcian, BM se queda embarazada en dos ocasiones a los 17 y 19 años y sus padres inducen el aborto. Con respecto a sus relaciones afectivas tiene su primer esposo, no puede quedar embarazada por un

largo tiempo hasta los 33 que tiene su primera hija, luego de un año y medio se divorcian porque su esposo dice no quererla, se casa nuevamente a los 39 años, con su nueva pareja que abusa sexualmente de su primera hija mientras B.M se encontraba en el extranjero. En esta etapa aumenta su consumo por sentirse culpable del abuso Sexual de su hija, en el 2021 después de un año y medio de conocer a un hombre se vuelve a casar con quien permanece hasta la actualidad. La paciente menciona que sufre de cuadros depresivos y migrañas hasta la actualidad.

- **Anamnesis Familiar.**

La paciente BM tiene una familia reconstituida, conformada por su esposo actual de 53 años padrastro de sus dos hijas de 18 años y 9 años actualmente vive con su esposo y su hija menor. Los padres de la paciente son divorciados, su madre y su padre viven en el extranjero, no tiene comunicación con su padre. Sin embargo, su madre se mantiene en contacto limitado. Con respecto a los antecedentes patológicos de su familia su padre era consumidor de alcohol, su tía paterna sufre de cuadros depresivos, su abuelo materno y hermano de parte de madre mueren antes de los 60 por cirrosis.

- **Área Académica**

Paciente BM refiere ser buena estudiante desde su etapa de primaria, pasaba todas sus materias sin dificultad y era deportista. Sin embargo, en la etapa de divorcio de sus padres tiene problemas de concentración debido a su situación familiar, a los 18 años empieza a estudiar y se gradúa de cosmetóloga.

- **Área social y laboral**

La paciente menciona que en su etapa de la adolescencia salía mucho con amigos y amigas a jugar, básquet, fútbol, salía de fiesta lo que terminó en la época del divorcio de sus padres, en la actualidad menciona ser una persona que le gusta analizar el entorno para poder relacionarse, depende si le gusta o de lo contrario

se mantiene aislada. Con respecto al área laboral trabajo de cosmetóloga y también en un hospital en al área de aseo.

- **Resultados de reactivos aplicados**

Cuadro 5. Resultados de reactivos caso B.M.

Reactivos	Resultados
Test de funciones básicas Cuestionario de salamanca	Todas sus áreas se encuentran dentro de lo normal. La paciente presenta puntajes significativos en personalidad Anancástica con un puntaje de 4, esta personalidad se refiere a que la persona tiene una preocupación de carácter patológico ante el perfeccionismo y el orden.
Escala de evaluación de Hamilton para la depresión	En la escala de depresión puntúa 12 correspondiente a una depresión menor o leve.
Escala de evaluación de Hamilton para la ansiedad	En la escala de ansiedad psíquica puntúa 18 correspondiente a un nivel moderado.
Test Audit	Sus resultados radican en la escala de 0-17 lo que indica un consumo moderado.
Test de dependencia emocional	Con más de 8 respuestas positivas se evidencia un alto nivel de dependencia emocional.
Craving de marihuana (MCQ)	Los resultados de las puntuaciones radican en 61 lo que corresponde a una dependencia grave

Fuente: Historia clínica caso B.M
Elaboración propia

ASSIT

- **Análisis cuantitativo**

Tabla 6. Análisis cualitativo Assit caso B.M

Escala	Puntaje/ alcohol	Puntaje cannabis	Correspondencia
0-3			No requiere intervención/ nivel de riesgo bajo
4-26			Recibir intervención breve/ Nivel de riesgo moderado
27+	37	37	Tratamiento más intensivo/Nivel de riesgo alto

Fuente: resultados de aplicación Assit
Elaboración propia

- **Análisis cualitativo**

Los resultados obtenidos de la evaluación del test Assist, con respecto al alcohol y a la marihuana, el puntaje alcanzado corresponde a 37 puntos ubicado dentro de la escala 27 + lo que atañe que la paciente necesita un tratamiento más intensivo con respecto a estas sustancias, con un nivel de riesgo alto de problemas de salud, sociales, económicos y legales en consecuencia de los hábitos de consumo lo que lleva a comprobar una dependencia de alcohol y marihuana. Estos resultados tienen relación con las pruebas aplicadas en la historia clínica del CETAD, coincide con la prueba de Craving de marihuana con un diagnóstico de dependencia grave. Sin embargo, en la evaluación anterior de AUDIT se encontró un uso leve de alcohol mientras que en la presente evaluación se obtiene un nivel de riesgo alto y tratamiento intensivo. Lo que lleva a concluir que el diagnóstico de dependencia realizado por el CETAD es mayoritariamente confiable por las coincidencias encontradas.

HTP

En cuanto a los resultados del análisis del HTP, la paciente BM tiene rasgos generales que denotan tendencias agresivas, negativismo y hostilidad, llevándola a la dificultad para adaptarse a las normas sociales, tiene sentimientos de limitación, impotencia y depresión, una fuerte fijación en el pensamiento y la fantasía como fuente de satisfacción. Y por último una necesidad de relaciones más seguras con una emocionalidad ansiosa, angustiada, agresiva o de depresión, intenta ocultar o abstraer algo de sí misma.

Referente al área familiar, presenta molestia o disgusto por algo, en su ambiente, puede ser el sentimiento de sentirse vigilada o controlada por alguna figura de autoridad, no se siente en el calor de su hogar y muestra un anhelo de una vida tranquila en donde pueda tener espacio y libertad. La paciente tiene dependencia materna y la necesidad de sentirse protegida por una figura de autoridad. Por un lado, tiene la necesidad de sobresalir y ser tomada en cuenta por lo que trata de superarse y ser mejor en busca de la claridad de las cosas. Sin embargo, tiene

deseos de dar rienda suelta a su imaginación, busca escapar a la fantasía por la realidad en la que actualmente vive, llevándola a evadir sus rutinas diarias y la situación de su vida cotidiana.

Por otro lado, posee una personalidad fría, poco demostrativa, carente de sueños e ideales. En cuanto a la fortaleza del yo y el sostén de su personalidad es vulnerable a las presiones de su alrededor, tiene una atención dispersa, la atañen problemas del pasado y la proyección hacia el futuro. Su medio de contacto con los demás es de manera introvertida no se abre de forma natural o espontánea y no permite que intervengan en su vida, le rodean sentimientos de soledad interior, insatisfacción, carencia afectiva. A pesar de esto, tiene un comportamiento flexible y sensible.

El árbol revela aspectos latentes de su personalidad, es una persona directa y diplomática parte de su fortaleza yoica, además de su flexibilidad. No tiene mucha firmeza de su yo debido a su evasión y falta de compromiso. En cuanto a lo social, se muestra con una fachada de una persona simpática, afectiva, sensible y cálida. Por otro lado, tiene ciertos rasgos de deterioro de criterio o juicio de la realidad, es sugestionable e ingenua, tiene una falta de perseverancia dominada por el momento, no piensa más allá de lo inmediato.

La figura humana representa una correcta identificación sexual, con una imagen corporal femenina y sensual. Por un lado, aparecen sentimientos de culpa por agresividad, también evidencia debilidad de carácter, de control de impulsos y de la misma manera es débil ante su realidad busca un escape inmediato. No obstante, presenta dependencia, rasgo de terquedad, inestabilidad y represión

Análisis de entrevista

Cuadro 6. Síntesis de entrevista caso M.B Categoría 1

SÍNTESIS CATEGORÍA 1 OBJETO DROGA	DISCURSO
Subcategoría 1 Objeto de elección	<p>“Mi familia materna y paterna siempre hacían las fiestas con alcohol”.</p> <p>“Yo tome mis primeras copas en mi fiesta de 15 años, entre compañeritos a escondidas de mis padres, me decían tomate un vasito y pues me gusto me sentía como volada, mareada, entonada como el resto de mi edad y mi familia también”.</p> <p>“tomaba en la U cada tres meses con los compañeros y así fue durante un largo tiempo”</p> <p>“Yo aumente mi consumo hace 5 años cuando me entere de un abuso sexual que sufrió mi hija, pero ese mismo abuso lo sufrí yo a los 6 años por un tío, yo nunca había recordado de ese abuso hasta ese día, que le avise a toda mi familia, yo tenía decepción, despecho, me acorde de mi infancia. Me sentí con cargo de conciencia, culpabilidad, remordimientos y ahí aumente mi consumo, entre en depresión, angustia, ansiedad y empecé a consumir fármacos”.</p> <p>“Empecé con un vino de mucho contenido alcohólico después iba aumentando más hasta que ya no era suficiente para calmar mi ansia, quería aplacar mi depresión, mi dolor mi culpa de que le paso a mi hija”.</p>
Subcategoría 2 Objeto de satisfacción	<p>“Antes de tomar me sentía ansiosa, angustiada, depresiva decepcionada, frustrada, sentía que era un fracaso como madre, como mujer, era una persona completamente desconfiada, me sentía lo peor, pero cuando ingería la primera copa o la primera droga me sentía aliviada, relajada, por ese momento, me olvidaba del pasado, parecía que todo había sido un sueño mientras duraba el efecto del licor o la droga”.</p> <p>“Cuando consumía me gustaba hacer cualquier tipo de actividades con muchísima energía, la marihuana y el alcohol en mi absurdo pensamiento pensaba que me estimulaban y hacia todo de maravilla y realizar todo manejar, arreglar la casa, hablar mejor el idioma”.</p> <p>“Con el consumo era capaz de hacer todo hablar con el resto, socializar, ir a reuniones sociales y familiares, era conversadora, sociable, sentía que las drogas ayudaban a elevar mi ánimo y olvidar mi pasado”.</p>
Subcategoría 3 Repetición	<p>“Me siento culpable por el abuso de mi hija, por dejarle sola”.</p> <p>“Sentía que era un fracaso como madre como mujer”.</p> <p>“Quería salir de mi realidad hasta me proyectaba con los personajes de las películas pensaba que era ellos”.</p> <p>“Si mi papi hubiera estado con nosotros no me hubieran abusado porque mi mami tenía que salir a trabajar y no tenía con quien dejarnos mi tío se aprovechó”.</p> <p>“Yo tenía que cuidarle a mi hija no dejarle sola y me siento culpable porque por mi culpa le abusaron”</p> <p>“Mi padre tomaba alcohol todos los fines de semana, era agresivo con mi mami le pegaba mucho yo y mi hermana nos subíamos encima de el para que ya no le pegara más”</p>

Fuente: Elaboración propia

La elección del objeto surge del contexto familiar, se da una elección social, el consumo fue aceptado y normalizado, sería una identificación del sujeto con su contexto familiar en cuanto al consumo. El objeto de deseo se sitúa en la función

paterna debido a la inexistencia de una referencia simbólica que en este caso es la ausencia del padre, los primeros vínculos que surgen en los primeros años de desarrollo del sujetos son sus padres o sustitutos que definirán más adelante las interacciones interpersonales, las estructuras intrapsíquicas y sus elecciones de objeto (Ramírez, 2010). Es por eso que, ante la falta de la función paterna el sujeto construye otro objeto “la marihuana y el alcohol” de una manera subjetiva y como un intento de solución para satisfacer el dolor que causo la ausencia, los conflictos y traumas generados como; el abuso sexual que fue reprimido durante toda su infancia y adolescencia y resignificado en la adultez a través del abuso de su hija.

En dicha resignificación B.M tiene un encuentro con lo real de manera que acude al objeto droga como una forma de bloqueo y protección ante la sintomatología originada a raíz de este abuso; depresión, angustia y ansiedad. A si mismo este objeto es fuente de calma, funcionalidad y sociabilidad una representación de su Yo imaginario o su fantasía de ideal del yo. Por otro lado, La repetición surge en el abuso de la paciente y el abuso de su hija, debido a la inexistencia de la función paterna que deja una carencia y un vacío que no puede ser colmado y la base principal de las relaciones parentales que pueden marcar una neurosis (Boyo, Bautista, Herrera, & Garibay , 2011). De tal manera, la paciente se sitúa en suplantar el lugar del padre para cumplir esa fantasía de un padre protector.

Cuadro 7. Síntesis de entrevista caso B.M categoría 2.

SÍNTESIS CATEGORIA 2 CONCUSMO DE SUSTANCIAS	DISCURSO
Subcategoría 1 Goce	<p>“Me enteré del abuso de mi hija y empecé a consumir más, me sentía culpable por que yo estaba pendiente todo el tiempo de que no vaya a pasar lo que me pasó en mi niñez”.</p> <p>“La primera copa me sentía aliviada, relajada, en ese momento me olvidaba del pasado, parecía que todo había sido un sueño y me sentía bien mientras duraba el efecto”</p> <p>“Exploto todo en mí, me dio depresión, ansiedad angustia, para mí era como que quería aplacar mi depresión, mi dolor, mi culpa, mi remordimiento, yo decía que me haya pasado a mi es una cosa pero a mi hija, me sentía culpable”.</p> <p>Antes de tomar me sentía ansiosa, angustiada, depresiva, decepcionada, frustrada, cuando ingería la primera copa me sentía aliviada, relajada”.</p> <p>“no quería recordar lo que había vivido lo que había pasado con mi hija, quería volar, me identificaba con personajes de película quería vivir fuera de la realidad”.</p>

Fuente: Elaboración propia

Como se ha expuesto anteriormente el goce es ese malestar que se repite en el inconsciente. Por consiguiente, la paciente M.B da lugar a su goce en la búsqueda del ideal de padre, toma el lugar de su padre protector. Sin embargo, en esta búsqueda se frustra y da lugar al sufrimiento y el dolor de su goce en la repetición de un abuso sexual resignificado en su hija. De acuerdo con Rendón (2020), el trauma que ocasiona el abuso sexual coloca al sujeto como un objeto frente a un real sexual que irrumpe la vida del sujeto, en la búsqueda de parejas como figuras protectoras y en el vínculo con el otro que no puede ser de manera correcta.

Así mismo, el goce disfruta de la repetición de la falla de la paciente de colocarse en lugar de una figura protectora reitera de manera inconsciente en las mismas acciones de su padre, el consumo, agresividad y el abandono que desemboca en el abuso sexual de su hija. Por otro lado, dentro de su consumo disfruta, de acciones peligrosas como manejar bajo el consumo, la prostitución, agresividad de esta manera vuelve a fallar en adjudicarse como la figura paterna protectora.

Cuadro 8. Síntesis de entrevista caso M.B categoría 3

SÍNTESIS CATEGORÍA 3 SINTOMATOLOGÍA DE LA ADICCIÓN	DISCURSO
Subcategoría 1 Psíquico	“Sentía angustia, depresión, ansiedad, agresividad, baja autoestima, malas relaciones familiares, afectivas, asocial, agresiva, irritable”. “El consumo era como una pastilla mágica, me sentía tan relajada, todo era paz todo era calma y me daba muchos ánimos, actitud positiva”.
Subcategoría 2 Somático	“Si no tomaba me temblaba las manos, me daba saliveo, palpitación, tenía poca coordinación motriz, migraña, insomnio, dolor del cuerpo, cólicos nauseas, mi cuerpo dependía totalmente de la sustancia”.

Fuente: Elaboración propia

El trauma ocasionado por abuso sexual de acuerdo con Rendón (2020), coloca al sujeto frente a una neurosis en su estructura que por un lado presenta una sintomatología psíquica como angustias miedos, fobias, insomnios todo esto presente en la paciente M.B. Por otra parte, en relación a lo somático según Wurmser, (1974) el consumo actúa como un alivio externo que brinda a la paciente calma, paz y una actitud positiva para hacer frente a una urgencia interna. Sin embargo, a pesar del aparente alivio emocional el sujeto adicto no logra diferenciar entre medicina y veneno en cuanto la droga (López, 2007). Es por eso que, en M.B

surgió sufrimiento, aislamiento, agresividad y un cambio de personalidad que afectó sus relaciones sociales, personales y familiares.

Triangulación de información

En el presente caso se utilizó la triangulación de información (Figura 1), en conjunto con los reactivos aplicados y la entrevista semiestructurada que brindó información importante con relación a la teoría y obtener la información correspondiente en cuanto al síntoma.

Con la triangulación de información se pudo encontrar hasta el momento que el síntoma en el caso de M.B está ligado a su función paterna, abortos, la represión y resignificación de su abuso sexual. Por una parte, a raíz de la ausencia de una función paterna como figura simbólica, la paciente se identificó con esta figura y se posicionó como padre protector busca “ser”, en esta búsqueda tiene intentos fallidos debido a la repetición de las mismas acciones de su padre biológico, el alcoholismo y abandono de su hija.

El padre no tiene el papel de proteger si no que dinamiza al hijo/a para separarlo de su madre y que pueda llegar al futuro, el hijo que no entiende esto vive una frustración y puede llegar a ser neurótico, porque está en busca de esa autoridad que nunca llega (González, y otros, 2012). Efectivamente, esto sucede en el caso de M.B, presenta rasgos de relaciones inseguras, dependencia emocional y necesidad de una figura de protección. Por otra parte, tenemos el abuso sexual que fue reprimido desde los 6 años hasta los 39 años de edad en la que se da la resignificación al enterarse del abuso sexual de su hija, de modo que da lugar a una urgencia subjetiva, una ruptura del sujeto topándose con el registro de lo real, desde ese momento se manifiesta desde la parte sintomática psíquica, angustia, depresión, ansiedad, insomnios y cambios de ánimo como; irritabilidad, agresividad, egocentrismo entre otros, hasta llegar a un punto neurótico de sus funciones del yo destruidas (Rendón, 2020).

Ahora bien, existen en su etapa de juventud los abortos inducidos por parte de sus padres, estos prohibieron y castraron el deseo de M.B de ser madre, no solo se aborta un feto si no también la forma de identificación de feminidad y de ser-mujer, la única posibilidad de existencia de la mujer dentro de la construcción subjetiva normativa (Méndez, 2018). No obstante, la paciente no deja atrás ese deseo y busca ser madre por muchos años hasta tener su primera hija. Sin embargo, a raíz de estos abortos la paciente se ubica en un lugar de desamparo y con la necesidad de ser sostenida y alojada por otro, a consecuencia de esto su alojamiento fue encontrado en la sustancia producto de todos los traumas vividos.

Por consiguiente, encuentra su objeto de satisfacción como un bloqueo ante su realidad de abuso, abortos, y ausencia de función paterna, este objeto droga suprime el dolor, el vacío, la culpa causada por los traumas y brinda paz, calma, tranquilidad, sociabilidad, un yo imaginario de fantasía. Razón por la cual, este objeto “alcohol y marihuana” ofrece un alivio aliviar rápido a la sintomatología de su neurosis. No obstante, esto se volvió adictivo hasta el punto de no generar más aquella satisfacción inmediata y convertirse en un veneno que, en búsqueda de la felicidad encontró más sufrimiento.

Análisis de caso P.D

Datos Sociodemográficos

Tabla 7. Datos sociodemográficos caso P.D

Datos	
Edad:	44 años
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Divorciada
Tiempo de consumo:	15 años
Nivel de estudios:	Bachiller
Sustancia de mayor consumo:	Alcohol, Marihuana
Internamiento :	Tercero

Fuente: ficha sociodemográfica caso P.D

Elaboración propia

Historia Clínica

- **Motivo de consulta**

P.D ingresa al CETAD punto de decisión en el presente año, por presentar consumo de marihuana y alcohol. La paciente, empieza el consumo de alcohol desde los 12 años y marihuana a los 15 años. En el periodo de dos internamientos detiene su consumo drogas y deja de consumir cocaína hasta la actualidad. Sin embargo, reitera con el consumo de alcohol y marihuana de una manera más intensa, lo que la ha llevado tener un consumo problemático con consecuencias en su área social, laboral, personal y familiar.

- **Anamnesis Familiar.**

La paciente P.D proviene de una familia reconstituida, conformada por su madre, padrastro, hermano y hermana mayor. En su etapa de infancia la paciente refiere “Mi padrastro abusaba sexualmente de mí y de mi hermana hasta la adolescencia”, a sus 15 años producto de una borrachera decide contárselo a su madre, a raíz de esto se divorcia y meses después su hermano se suicida y no hay explicación de por qué lo hizo. Actualmente, la relación con su madre es conflictiva, no tiene buena relación con su hermana mayor, refiere “mi hermana es la favorita”. La paciente tiene una familia monoparental conformada por su hija de 9 años. Con respecto a los antecedentes patológicos de su familia su tío materno tuvo diagnóstico de alcoholismo.

- **Anamnesis Personal**

La paciente P.D tiene 44 años de edad, con respecto a su infancia refiere “tuve convulsiones, la mayor parte de tiempo y me sentía triste”, esto por la ausencia de su padre en el hogar y la violencia del abuso sexual, de manera que, encuentra la escuela, el bosque y sus compañeros como refugio. Con respecto a su adolescencia el suicidio de su hermano intensifica su consumo de alcohol.

En relación a su vida afectiva tiene su primero esposo al terminar el colegio, refiere sobre su pareja “era celoso, me maltrataba y tomaba mucho”, situación que provoca el divorcio. En 1999 sale del país y empieza a consumir más y probar otro tipos de drogas, se casa nuevamente por tener sus papeles de residencia, no tiene convivencia con su pareja, por lo que decide dejarlo, años después se vuelve a casar, la paciente refiere “yo quería tener hijos y él no quería, entonces me divorcie”, también interfirió la adicción que la paciente tenía, regresa a Ecuador en el 2006, en el 2008 tiene un aborto inducido a los 5 meses, la paciente refiere que “fue terrible”, luego de esto se embaraza a los 35 tiene su primera hija y una relación de 4 años con el padre de su hija sin consumir el matrimonio, se separa por engaños y actualmente mantiene una relación esporádica con el padre de su hija.

- **Área Académica**

Referente a esta área la paciente menciona ser traviesa y buena hasta quinto curso, luego empieza a tener muchos cambios de colegio por impulso. No obstante, se gradúa y mantiene su título de bachiller hasta la actualidad.

- **Área social y laboral**

La paciente dice ser amigüera y tener muchos amigos debido al consumo y también amistades saludables de recuperación. Con respecto al área laboral ha trabajado en limpieza, bar tender, panadera, repartidora de periódico, prostitución y actualmente de chofer.

- **Resultados de reactivos aplicados**

Cuadro 9. Resultados de reactivos caso P.D

Reactivos	Resultados
Test de funciones básicas	Todas sus áreas se encuentran dentro de lo normal.
Escala de evaluación de Hamilton para la ansiedad	En la escala de ansiedad psíquica puntúa 27, correspondiente a un nivel severo.
Test Audit	Sus resultados radican en un puntaje de 32, lo que indica un consumo grave.
Craving de marihuana (MCQ)	Los resultados de las puntuaciones radican en 63, lo que corresponde a una dependencia grave

Fuente: Historia clínica Caso P.D
Elaboración propia

ASSIST

- **Análisis cuantitativo**

Tabla 8. Análisis cualitativo de Assist caso P.D

Escala	Puntaje/ alcohol	Puntaje cannabis	Correspondencia
0-3			No requiere intervención/ nivel de riesgo bajo
4-26			Recibir intervención breve/ Nivel de riesgo moderado
27+	29	29	Tratamiento más intensivo/Nivel de riesgo alto

Fuente: resultados de aplicación Asisst Caso P.D
Elaboración propia

- **Análisis cualitativo**

Los resultados obtenidos de la evaluación del test Assist, con respecto al alcohol y marihuana, el puntaje alcanzado corresponde a 29 puntos, ubicado dentro de la escala 27+ lo que corresponde a la necesidad de un tratamiento más intensivo con respecto a estas sustancias, con un nivel de riesgo alto de problemas de salud, sociales, económicos y legales en consecuencia de los hábitos de consumo lo que lleva a comprobar una dependencia a las sustancias. Estos resultados tienen relación con las pruebas aplicadas en la historia clínica del CETAD, coincide con la prueba de Craving de marihuana con un diagnóstico de dependencia grave y con la evaluación AUDIT que se encontró un consumo grave de alcohol. Lo que lleva a

concluir que el diagnóstico de dependencia realizado por el CETAD es mayoritariamente confiable por las similitudes encontradas.

HTP

En cuanto a los resultados del HTP de manera general la paciente P.D presenta tendencias narcisistas con la necesidad de sentirse el centro de atención de los demás, egocentrismo, actitud defensiva, dependencia y sumisión, poca firmeza introversión y retraimiento. Por otra parte, presenta rasgos de actitud expectante suele ser observadora con capacidad de reflexión y síntesis. No obstante, en la paciente existe un deseo de retornar a un lugar seguro de su pasado, para evadir algo en su realidad, presenta cierta dependencia materna pero con un principio de separación del modelo de la figura materna.

En lo que concierne al área familiar con respecto al dibujo de la casa, la paciente ve su hogar como un refugio, con intimidad y sencillez, anhela una vida tranquila. Ahora bien, en relación a su personalidad es fría, no muestra mucha sensibilidad, su Yo carece de fortaleza, presenta inseguridad, miedo, sentimientos de falta de apoyo por sus personas cercanas, temor a desorganizarse, a consecuencia de esto la inseguridad de sí mismo incrementa la vigilancia y domino por tener el control, de la misma manera surge la inestabilidad y es muy cambiante en sus ideas. Así mismo su contacto con el ambiente es evitativo, teme a las relaciones personales, o afectivas debido a experiencias dolorosas que la persona no quiere repetir, sin embargo tiene una buena habilidad para filtrar las impresiones sensoriales mediante lo racional.

El árbol presenta sentimientos de inferioridad y una fragilidad emocional, lo que ocasiona la inestabilidad, la persona se siente sin una base de apoyo, con esa necesidad de firmeza. En cuanto al contacto del yo con el ambiente, se muestra como una persona independiente con rasgos de hostilidad y nerviosismo, con poco dominio en sí misma. P.D tiene una fijación en adolescencia o en la infancia y busca siempre gratificaciones de los demás para sentirse bien.

En cuanto a la figura humana tiene una correcta identificación sexual, valoración excesiva del ambiente con disminución de su propio Yo y lo ve como inadecuado, debido a su debilidad e inferioridad adopta un imagen de un Yo agresivo y dominante. Por otro lado, presenta rasgos de paranoia con sospecha y desconfianza de los demás, está pendiente de las opiniones ajenas y de las críticas hacia sí mismo, esto puede deberse también a la falta de confianza e inseguridad. A sí mismo es débil en el control de sus impulsos, tiene una fijación al placer oral y alcoholismo. No obstante, es un persona físicamente resistente, pero con una falta de delicadeza y refinamiento.

Análisis de caso

Cuadro 10. Síntesis de entrevista caso P.D categoría 1

SÍNTESIS CATEGORÍA 1 OBJETO DROGA	DISCURSO
Subcategoría 1 Objeto de elección	<p>“Fui a una cena de navidad donde mi mami no me dejo tomar, al siguiente día regresamos otra vez ahí y encontré sobras de licor me metí al baño y me emborrache solita no podía ni pararme y mi mami me metió una paliza”.</p> <p>“El trasfondo de la primera vez que tome fue el abuso sexual que yo tuve desde los 5 o 6 años mi padrastro”.</p> <p>“De niña me refugiaba jugando con mis amigos, me metía al bosque y ese era mi refugio porque me daba temor llegar a la casa”</p> <p>“Creo que el hecho de no poder hablar a mi madre y decirle lo que nos hacia mi padrastro influyo mucho en que consuma”.</p>
Subcategoría 2 Objeto de satisfacción	<p>“Necesitaba olvidarme del dolor por un tiempo, tenía tristeza, culpa, ira, cuando consumía sentía euforia esa felicidad falsa y momentánea”.</p> <p>“Bajo el efecto de la droga me gustaba limpiar la casa en mis tiempos de juventud, era capaz de ir a una fiesta, bailar, disfrutar de la música seguir bebiendo”.</p> <p>“Con la droga podía decir las cosas algunas personas, he sido capaz de decir a mi madre que por la culpa de ella mi hermano se suicidó, que por su culpa me prostituía”</p> <p>“Me daba valor, tenía que tomar para dormir tranquila y para ir a trabajar”</p>
Subcategoría 3 Repetición	<p>“Mi hermano se suicidó con un tiro en la cabeza unos meses después que se enteró que mi padrastro abusaba sexualmente de mí y mi hermana y yo hasta hoy le echo la culpa a mi mamá por eso”.</p> <p>“No quiero estar con ningún hombre no quiero saber nada ni volver a tener otra pareja, solo quiero estar con mi hija, tengo la autoestima bien baja”.</p>

Fuente: elaboración propia

El objeto de elección surge a consecuencia del dolor psíquico que sufría P.D a causa del abuso sexual, este tipo de eventos traumáticos hacen que se active un

mecanismo de represión que no permite reaccionar de forma normal, lleva la vergüenza y a que la víctima calle el abuso (Uribe, 2010). Debido a esto, la paciente durante su infancia encuentra un refugio en sus amistades, el juego y el bosque y en su juventud reemplaza este objeto de deseo por la droga que le brinda aquel refugio y una manera de alivio a las experiencias vividas durante su infancia y juventud, durante estas etapas de su vida existió la escasez simbólica de la figura paterna, de manera que su madre representa su única figura. Sin embargo, la madre perspectiva de la paciente crea un vínculo solo con su hermana mayor, deja a un lado a P.D.

Cuadro 11. Síntesis de entrevista caso P.D categoría 2

SÍNTESIS CATEGORIA 2 CONCUSMO DE SUSTANCIAS	DISCURSO
Subcategoría 1 Goce	<p>“Me gusta bailar con el alcohol seguir bebiendo, ir a trabajar, limpiar mi casa” “podía decir cosas algunas personas que sin droga no podía hacerlo, también prostituirme bajo el efecto de la sustancia, así estaba totalmente en otro mundo y así tenía el valor para hacerlo”.</p> <p>“Decirle papá de mi hija lo que siento, romperle un palo de golf a mi esposo en la cabeza, mandarle a volar a la abuela de mi hija”.</p> <p>“Cuando deje por un tiempo las drogas sentía alivio me sentía poderosa me sentía capaz, claro me refugio en la comida”.</p> <p>“Consumía cada vez que tenía una pelea con el padre de mi hija y cuando me peleaba con mi mamá por el favoritismo con mi hermana, mi madre también asido un motivo para yo ir a consumir”.</p> <p>“Terminaba cansada del trabajo muy estresada y lloraba, entonces eso me llevaba a consumir”.</p>

Fuente: elaboración propia

A partir de esta ausencia y carencia de estas figuras parentales, estas se vuelven deseadas pero no alcanzadas debido a las fallas en sus relaciones afectivas, la función materna es la que brinda y facilita el sustento afectivo en los primeros años de vida que luego dará lugar a sus relaciones interpersonales y la función paterna permite la castración e induce a lo social (Lara, 2019). Por consiguiente, en su búsqueda de una familia y de su propia construcción, la sujeto se queda sola y su inconsciente goza del dolor de no concretar la construcción de una familia.

Cuadro 12. Síntesis de entrevista caso P.D categoría 3

SÍNTESIS CATEGORÍA 3 SINTOMATOLOGÍA DE LA ADICCIÓN	DISCURSO
Subcategoría 1 Psíquico	<p>“Yo era un mujer alegre, optimista, me he vuelto más depresiva, mas brava, mas inmediateista, impaciente, intolerante, cargo de conciencia por que no me acordaba al otro día lo que hice, siento mucha tristeza”.</p> <p>“Con mi familia me he vuelto full alejada socialmente, antes iba a reuniones, ahora ya no porque no me siento bien con migo misma, antes si me arreglaba, debes en cuando me ponía un vestido, ahora ya no y a través de la prostitución me tirria ponerme zapatos de tacón me siento como una zorra”.</p> <p>“No se tengo un problema con los hombres no quiero saber nada”.</p> <p>“Me he alejado de Dios ”</p> <p>“Me volví fría, egocentrista, ambiciosa”</p>
Subcategoría 2 Somático	<p>“Me veo mucho más vieja, tengo manchas en la cara por el hígado, tengo bajo rendimiento, muchos dolores en mis huesos, mis rodillas”.</p> <p>“Cuando no estaba bajo el efecto del alcohol me daba ganas de ir al baño, me daba diarrea, me daba nauseas, vómito, arcadas, no podía trabajar sin un puro.”</p>

Fuente: elaboración propia

El síntoma tiene sentido en cada sujeto, porque transmite las claves de su inconsciente referente a los traumas y acontecimientos doloroso de su infancia que se expresan en neurosis, psicosis o perversión (Bertholet, 2019). Con relación a esto, en P.D la parte sintomática se vio reflejada en angustia, depresión, ansiedad, tristeza, algo que molesta, perturba y no resulta ser placentero para su Yo, por lo que busca resolver este síntoma a partir del consumo de sustancias que género un ideal de yo de trabajo, productividad, entre otros. Sin embargo, es común que el sujeto adicto en búsqueda de calmar su síntoma encuentre un camino de dolor, la paciente como consecuencia de su consumo ha sufrido cambios físicos en su cuerpo y malestar, que le llevaba a consumir más para el disfrute de su goce.

Triangulación de información

En este último caso, al igual que los anteriores, se hizo uso de la triangulación de información (Figura 1), con la recolección de los elementos más importantes acerca de la historia clínica, los reactivos cualitativos y cuantitativos aplicados, además del test proyectivo HTP que ayudo a determinar rasgos de personalidad de gran relevancia para posteriormente relacionarlo con toda la información en base la teoría de psicoanálisis y así poder determinar el síntoma.

A partir de la triangulación de la información se pudo encontrar hasta ahora que, el síntoma en el Caso P.D se origina a partir de la escasez de la función paterna, de acuerdo a su historia de vida la paciente carece de su padre biológico, tiene un padrastro quien abusa sexualmente de ella, durante toda su infancia y juventud, seguido de esto la muerte de su hermano que podría haber sido aquella figura de hombre en el hogar y su única figura parental su madre es alejada debido a sus propias dificultades y crea un vínculo con su hija mayor de lado a la paciente. De acuerdo con Dolto (1987), el niño necesita ambas figuras para su resolución edípica y para su estructuración psíquica, de modo que al sentir la falta del otro puede existir fallas en su construcción. El padre induce al niño a la sociedad y constituye su desarrollo narcisista. Por otro lado, la madre brinda la parte afectiva y la identificación de la figura de feminidad. Por consiguiente, P.D presenta rasgos de narcisismo, busca aprobación del medio, paranoia y siempre al tanto de las opiniones de los demás con respecto a sí misma, esto originó en ella inseguridad y una personalidad fría.

A consecuencia de esta falta de las figuras parentales y conflictos dentro de la dinámica familiar, en la adultez busca formar su propia familia acorde a su ficción edípica y desde la realidad psíquica inconsciente que género (Parraga, 2017). A consecuencia, fracasa en la búsqueda de una figura de hombre que pueda tomar el rol de paternidad que ella desea para su familia, la paciente, a pesar de tener tres matrimonios, termina teniendo una hija con una persona con el cual no logra consumar el matrimonio ni vivir en un hogar.

Con respecto a su abuso sexual como un trauma en su infancia genera un conflicto con la conciencia moral, la víctima siente vergüenza y culpabilidad (Uribe, 2010). No obstante, esto llevó a la paciente en su infancia a encontrar un refugio en sus amistades de la escuela y el bosque, como manera de escapar a lo que representaba su hogar, el abuso y la ausencia de figuras parentales. Sin embargo, en su juventud, después de todos los traumas experimentados, busca el refugio en el objeto droga marihuana y alcohol que brindaba aquella felicidad momentánea para hacer frente a su realidad.

Discusión de resultados

En la presente investigación se planteó como idea a defender: el consumo de sustancias funciona como soporte y medida de defensa frente al malestar de las pacientes del centro Especializado en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) – Punto de decisión.

En la actualidad vivimos en una época en donde la sociedad normaliza y promociona el objeto de consumo frente a una forma de solución a la carencia o escasez de aquellas referencias simbólicas principales, ley, ideal, padres, límites, entre otros (Freud, 1930). Es decir, el uso que los sujetos le dan a la sustancia es particular y se inscriben a las significaciones de su historia de vida y su parte social. Es por eso que, el diagnóstico se da a partir de conocer el uso que la persona le da al objeto, pues su función es distinta según el malestar que el sujeto trata de apaciguar. Asumido esto, de acuerdo con Cáceres (2018), existen dos tipos de personas en la adicción, las personas que utilizan la sustancia como medio para disminuir su sufrimiento y evitar aquel sentimiento de castración, estos son los neuróticos que a consecuencia de esto se enganchan con el objeto droga. Por otra parte, el sujeto desfragmentado que usa el objeto mantener un orden simbólico.

Como se mencionó anteriormente el sujeto adicto da una construcción subjetiva a la droga como un objeto que genera satisfacción y responde a ese intento de solución para satisfacer el dolor, esta adicción se vuelve una práctica de goce, da lugar a la satisfacción que no pide tiempo ni espera y es inmediato, sin la necesidad de la búsqueda del otro,, según Freud (1976), el origen de la adicción se debe a un campo sexual de autoerotismo la elección de consumir es como un sustituto el desplazamiento de una necesidad que necesita saciarse.

Este uso de sustancias surge como una estrategia del sujeto adicto a una respuesta para hacer frente a la realidad, aquella que se encuentra en el inconsciente. Es así que se determinó el origen del síntoma mediante el uso subjetivo que le dieron a la droga y como esta actúa de acuerdo a la estructura psíquica de cada paciente, tiene una dinámica diferente. Con la aplicación de test proyectivos, test cualitativos,

cuantitativo y el discurso de las pacientes se pudo interpretar el síntoma que da origen a la adicción, la dinámica psíquica afectada y la relación que tiene con el objeto y su esencia.

Para empezar, respecto al caso de N.R el síntoma se origina en relación con el vínculo materno y el abuso sexual, de modo que, el tóxico o la droga fue para N.R un objeto de satisfacción para suplementar o dar soporte a su falo, mismo que genero un goce sin la necesidad del otro "su madre" llena aquel vacío (González, 2016). Así mismo, dentro de su formación psíquica este presentaba la solución aquel daño causado por los traumas en la infancia, este tóxico género, la tranquilidad, la comunicación, la calma, productividad, aquella fantasía del ideal del yo.

Por otro lado, en el caso M.B su síntoma se dio a partir de la necesidad de una función paterna, el abuso sexual resignificado en su hija, y los abortos como impedimento al deseo de maternidad, a consecuencia de esto su deseo era la protección, el cuidado, y colocarse en la posición de padre identificándose con el de manera que utiliza el objeto droga para reprimir el malestar que surge a partir de dicha resignificación y para tratar estos problemas de angustia, depresión, culpabilidad del aborto y ansiedad (Barrenengoa, 2020). Así pues, el tóxico ofreció tranquilidad, felicidad, sociabilidad y funcionalidad en los aspectos de su vida que la paciente sin consumo no era capaz de hacerlo.

Por último, en el caso P.D el síntoma surge de la escasez de la figura parental, falla simbólica en el vínculo materno y el abuso sexual, su hogar representaba todo lo anterior mencionado y violencia, es por eso que P.D en su infancia encontró refugio en su escuela, en el bosque y el juego con sus amistades, en la juventud este refugio se ve desplazado al objeto droga considerado un tipo de reemplazo que permitió afrontar el malestar. Ciertamente, la sustancia reemplazó aquella figura paterna y su deseo de formar su familia, es decir, creó las respuestas frente a la sintomatología de la paciente y de igual manera sin necesidad del otro (Naparstek, Mazzoni, & Arca, 2013).

De manera general, lo común en estos tres casos es que el consumo presenta una crisis narcisista con un ideal del Yo o un Yo grandioso que conduce a pensar que el consumo de drogas es una respuesta y el exterminio de la presencia de sus síntomas (Wurmser, 1974). En efecto, se puede ver que el consumo de drogas sirvió como un sustituto de sus objetos amados y el reemplazo del defecto en su estructura psíquica (Kohut, 1971). Dicho de otro modo, el comportamiento adictivo activaba imágenes del Yo y del objeto considerado como bueno. De igual manera, existe un fracaso de la empatía materna y decepciones traumáticas en las figuras parentales idealizadas, padre y madre, que son determinantes en este narcisismo en la construcción del síntoma. A consecuencia de esto, las pacientes buscaron la vivencia externa para encontrar los objetos idealizados que pueden ser o no admirados para lograr una sensación de bienestar, es por eso por lo que varias funciones de los padres finalmente contribuyen al aparato del yo del sujeto (Khantzian & Mack, 1983).

A partir de esta carencia, las pacientes presentan una neurosis expresada en síntomas psíquicos y físicos, el uso del tóxico se convierte en un *farmakon* una cura o “quita penas”, que permite disminuir esta sintomatología, pero a su vez es un veneno para el organismo del sujeto una falta de la parte real del sujeto (Naparstek, Mazzoni, & Arca, 2013). Ahora bien, la adicción también se vuelve una práctica de goce, porque al no anestesiar el dolor crea una ruptura con el inconsciente y empieza a generar sufrimiento, un imperativo de goce sin freno tanto es así que el sujeto necesita constantemente de ese objeto generador de goce llevándolo a la adicción y dependencia de la sustancia (Gutiérrez, Blanco, & Márquez, 2017).

Al fin y al cabo, varios autores intentan dar respuestas a las conductas del sujeto adicto y el sentido subjetivo del consumo. Sin embargo, para dar contestación a la idea a defender plateada en el presente estudio, existe un punto en general, a pesar de las diferencias en las dinámicas psíquicas de cada paciente, se ha visto que las pacientes del CETAD punto de decisión, acuden al consumo para evitar el sufrimiento, el tóxico genera condiciones para no percibir el displacer y escapar de sus fronteras hacia la realidad, de modo que el consumo sirve como un soporte y defensa ante el malestar, a su carencia de felicidad. Las adicciones tienen un

funcionamiento según el síntoma que el sujeto adicto trata de disminuir o apaciguar de forma momentánea.

La verdad es que, el consumo en las pacientes se instauró en su cotidianidad como ayuda de afrontamiento para sus problemas. Sin embargo, el consumo va más allá y pide una actualización constante de la sustancia, esto conlleva a sobrepasar los límites de tolerancia e incrementar cada vez más el tóxico para colocar a las pacientes en una situación “normal” frente al malestar y su síntoma, como una estrategia inconsciente (Barrenengoa, 2020). Para terminar, las pacientes en su búsqueda de la felicidad encontraron una evitación del placer en donde el consumo actúa como un “quita penas” para que el sujeto soporte el malestar presente en la cultura o ese malestar que surgen de la carencia de las referencias simbólicas. Además, intentan eludir demandas, buscan alcanzar su dicha, escapar de la desgracia y separarse de aquello que las angustia, y refugiarse en su mundo propio (Freud, 1930).

CONCLUSIONES

- A partir de la revisión teórica referente a la sintomatología de la adicción desde la teoría psicoanalítica, se pudo encontrar información importante de diferentes autores entre clásicos y contemporáneos, haciendo énfasis en Freud y Lacan,, a partir de estos se da inicio al análisis de la adicción entorno al psicoanálisis, dichos autores, manifiesta que la adicción es un síntoma que no se centra en la sustancia como tal sino más bien en el sujeto, y el uso que este le da a la droga como forma del alivio sintomático. Se presenta de diferente manera en cada estructura psíquica, de acuerdo con el síntoma que quiere apaciguar en el sujeto adicto, puede ser un escape a la realidad, la representación del goce, fallas parentales, narcisismo, entre otros.
- Se logró identificar y diagnosticar elementos singulares en cada caso con la aplicación del test ASSIST que ayudó a la confirmación de la dependencia hacia cualquier tipo de sustancias, el HTP que permitió reconocer ciertos rasgos de personalidad de las pacientes que coinciden en falta de figuras parentales, egocentrismo, inseguridad, sus historias clínicas para constatar y relacionar todos los datos recopilados tanto con los instrumentos y la entrevista a profundidad, toda esta investigación fue analizada posteriormente en una triangulación de información que permitió encontrar el origen de su objeto de elección, el reemplazo de su objeto de deseo que en las tres pacientes se encontraba en la referencias simbólicas es decir su papa o mama reemplazando su significado por un significante que fue el objeto de satisfacción en este caso la droga y la repetición del malestar que generaba goce, todo esto hasta poder llegar al síntoma de la adicción en cada una de las pacientes.
- Finalmente, gracias a los aportes teóricos y en relación con la triangulación de cada caso, se logró identificar que el síntoma de la adicción varía en cada paciente: En el caso N.R el síntoma se encontraba en el vínculo materno, la paciente tiene un abandono de su madre en su niñez, cuya sensación y tristeza es enmascarada por el consumo que aplaca sus sentimientos y le causa euforia y tranquilidad. En el caso de B.M el síntoma se ve representado a partir de la

represión por abuso sexual, abortos inducidos que crea culpabilidad y problemas con respecto a la feminidad, la resignificación del abuso y la falla de la función paterna en busca del ideal del yo. En el último caso de P.D el síntoma radica en la ausencia del significante de la figura paterna, y falta de empatía con su madre, lo que la llevo en busca de patrones de una familia ideal acorde a su fantasía, a partir de estas diferencias en su dinámica psíquica, en conclusión todas las pacientes acudieron al consumo como una forma de defensa ante su malestar, para apaciguar su síntoma, crearon una crisis narcisista un ideal de un Yo que al parecer para ellas estaba correcto y la droga les brindaba aparentemente el exterminio del síntoma Sin embargo en todas estas pacientes el inicio de su síntoma de adicción surge de la familia, este es el primer lugar donde se crean los vínculos y al tener falta de afectividad, fracaso en la internalización el autocuidado proveniente de los padres el aparato psíquico se volvió débil con falta de regulación un defecto en el Yo que desemboco en la adicción como una manera de calma ante la realidad.

RECOMENDACIONES

- El estudio se realizó en tres casos debido a la pérdida de la población, pero esto no quiere decir que los resultados se generalizan a toda la población por lo que se recomienda realizar y abarcar más muestra para conocer si hay algún síntoma que se replique o coincida más veces en los sujetos.
- Se recomienda que la universidad promueva más este tipo de investigación cualitativa de análisis de caso, contribuye más a fondo a la praxis del psicólogo.
- Se recomienda que se hagan planes de intervención psicológica con un enfoque psicoanalítico ajustados a cada síntoma de las pacientes, el síntoma vario en el sujeto, por lo que primero se realizaría un análisis individual para que así, se cree una intervención correcta y con mejores resultados para tratar la adicción en pacientes por consumo de sustancias en cualquier CETAD.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, K. (1908). *The psychological relation*. New York: Selected papers.
- Acuña, G. (2003). Una Aproximación Psicoanalítica Contemporánea al Entendimiento de las Adicciones. *Eradicciones*, 7(8), 1-16. Retrieved from https://docplayer.es/2760789-Una-aproximacion-psicoanalitica-contemporanea-al-entendimiento-de-las-adicciones.html#show_full_text
- Aduriz, S. (2006). La noción de objeto en psicoanálisis y las transformaciones objetales. *Revista de psicoanálisis*(48), 61-84. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2227210>
- Arias, F., & Correa Uribe, J. E. (2016). Hacia una Perspectiva Clínica Psicodinámica de la Intervención de las Adicciones. *El Ágora USB Ciencias Sociales y Humanas*, 16(1), 231- 254.
doi:<https://doi.org/10.21500/16578031.2262>
- Arias, Y., Palma, M., Mercerón, Y., & Suárez, C. (2022). La historia clínica Psicológica en el proceso de atención al paciente adicto. *Revista Electrónica de psicología Iztacalaca*, 25(1), 158-166. Retrieved from <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/82181>
- Barenblit, V. (2002). A proposito de "El Psiconálisis y lo Psicossomático por Roberto fernandez". *Revista intercambios papers de psiconálisis*(9), 83-84.
Retrieved from <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/355132>
- Barrenengoa, P. (2020). Adicciones y nuevos síntomas: lecturas de la estrategia toxicómana desde el psicoanálisis. *Revista Perspectivas en Psicología*,

- 17(1), 73-79. Retrieved from <http://200.0.183.210/handle/123456789/1294>
- Bertholet, R. (2019). Freud y la clínica del síntoma. *Revista Psicoanálisis en la Universidad*(3), 125-136. Retrieved from <https://rehip.unr.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/2133/18697/Archivo%20R.B..pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Blanco, L. (2015). *Las Adicciones a la luz del psicoanálisis, una revisión de literatura. [Tesis de grado]*. Bogota: Universidad del Rosario. Retrieved from <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11633/BlancoGonzalez-Laura-2015.pdf>
- Boyzo, B., Bautista, F., Herrera, I., & Garibay, L. (2011). La función paterna en la clínica psiconalítica. *Revista Electrónica de psicología Iztacalaca*, 2(1). Retrieved from <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22837>
- Cáceres, J. (2018). El sujeto como objeto de la toxicomanía: Una aproximación desde la clínica psiconalítica. *Revista Affectio Societatis*, 15(29), 192-212. Retrieved from <https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/325969/20789824>
- Castaño, A., & Gonçalves, M. (2014). Aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de la toxicomanía. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 10(3), 126-134. doi:<https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i3p126-134>

- Cifuentes, Á. (2014). *Consideraciones Psicoanalíticas sobre la Clínica de lo Femenino en el Campo de las Toxicomanías. [Tesis de postgrado]*. Universidad de Chile. Retrieved from <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116791/TESIS%20FINAL%20%C3%81ngela%20protegida.pdf?sequence=1>
- Díaz, L. (2011). *La observación*. Mexico: UNAM. Retrieved from https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- Dodes, L. (1990). Addiction, Helplessness, and Narcisistic Rage. *Psychoanalytic Quarterly*, 59, 398-417. Retrieved from <https://www.cyberpsych.org/alcohol/dodes.htm>
- Dolto, F. (1987). *Seminario de psicoanálisis de niños 2*. Mexico D.F: Siglo XV.
- Eraso, A. (2018). Lo real y el goce en psiconálisis. *Revista Fedumar Pedagogía y Educación*, 21-33. doi:<https://doi.org/10.31948/rev.fedumar5-1.3>
- Feria, H., Matilla, M., & Mantecón, S. (2020). La entrevista y la encuesta: ¿Métodos o técnicas de indagación empírica? *Revista Didasc@lia*, 11(3), 62-79. Retrieved from <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/992/997>
- Flores, M. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista Unam*, 5(1), 1-9. Retrieved from <https://www.revista.unam.mx/vol.5/num1/art1/biblio.htm>

- Freud, (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Freud, S. (1898). *La sexualidad en la Etiología de la Neurosis*. Buenos Aires : LibroDot. Retrieved from <http://dspace.utalca.cl/handle/1950/2668>
- Freud, S. (1905d). *Tres Ensayos de Teoría sexual*. (J. Bauzá, Trans.) Buenos Aires: Amorrortu Editores. Retrieved from http://www.multimedia.pueg.unam.mx/lecturas_formacion/identidad_imaginaria/Tema_III/Sigmound_Freud_Tres_Ensayos_sobre_la_sexualidad.pdf
- Freud, S. (1916). Conferencia 23. Los caminos de la formación del síntoma. *Obras completas*, 16, 1-6. Retrieved from <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/sigmund-freud-23-conferencia-los-caminos-de-la-formacion-de-sintoma-t16.pdf>
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Editorial AE.
- Freud, S. (1976). *Los Orígenes del Psicoanálisis* (Vol. 1). Buenos Aires: Obras Completas.
- Freud, S. (1991). *Conferencias de Introducción al psicoanálisis. Obras Completas, vol. XVI*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García, G., & Rivarola, P. (2016). *El Psicoanálisis*. Barcelona, España: UOC. Retrieved from <https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/58477?page=41>
- Glover, (1956). *On the early development of*. New York: Universities Press.
- Glover, E. (1984). On The Aetiology of Alcoholism. *On the early development of*

mind, 1(2), 120-123. Retrieved from

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547284900369?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=7af2f1abd858da8f

González, F. (2016). Hacia una delimitación de la noción de toxicomanías desde el psicoanálisis. *Anuario de investigaciones*, 23, 59-66. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696044.pdf>

González, L. (1993). Psicopatología Psicodinámica de la Drogodependencia. *Psiquis*, 14(2), 61-70. Retrieved from https://www.academia.edu/33856073/PSICOPATOLOG%C3%8DA_PSICODIN%C3%81MICA_DE_LA_DROGODEPENDENCIA

González, M. (2013). El síntoma en la clínica psicoanalítica. *Revista Itinerario*, 7(14), 1-17. Retrieved from <https://itinerario.psico.edu.uy/articulos/el%20sintoma%20en%20la%20clinica%20psicoanalitica.pdf>

González, A., Nevado, L., González, C., González, L., Ruiz, R., & García, V. (2012). La Figura Ausente del Padre. *Revista científica del CODEM*, 1-10. Retrieved from <https://www.codem.es/documentos-2/la-figura-ausente-del-padre>

González, M. (2013). El síntoma en la clínica psicoanalítica. *Revista Itinerario*, 3(14), 1-17. Retrieved from <https://itinerario.psico.edu.uy/articulos/el%20sintoma%20en%20la%20clinica%20psicoanalitica.pdf>

- Gutiérrez, M., Blanco, L. A., & Márquez, C. (2017). Aportes de la teoría Psicoanalítica. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 18(34), 201-222. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v18n34/1657-8953-ccso-18-34-00201.pdf>
- Hajer, D. (2003). *Proceso salud – enfermedad*. Publicaciones del Area de Psicoanálisis.
- Hernández, L. (2015). La adicción: un goce secreto del exterminio del sujeto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), 2-22. Retrieved from <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num1/Vol18No1Art2.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico D.F: McGRAW-HILL. Retrieved from <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Kernberb, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson.
- Khantzian, E., & Mack, J. (1983). Self-Preservation and the Care of the Self—Ego Instincts Reconsidered. 38, 209-232. Retrieved from <https://www.cyberpsych.org/alcohol/khant83.htm>
- Kohut, H., & Wolf, E. (1978). The Disorders of the Self and their Treatment: An Outline. *International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 413-425. Retrieved from <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/kohut1978.pdf>
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self; a systematic approach to the*

psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. New York: International Universities Press.

Korgi, S. (2012). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras completas*(12), 325-329. Retrieved from <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/36237/37772>

Lacan, J. (1946). Escritos I. In J. Lacan, *Sobre la casualidad psíquica* (pp. 1-496). México: SIGLO XV Editores. Retrieved from <https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/escritos-1-jacques-lacan.pdf>

Lacan, J. (1959). *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*. Buenos Aires: Siglo XV.

Lara, P. (2019). *Funciones parentales en la función psíquica del niño*. [Tesis de grado]. Quito. Retrieved from <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17564/Disertaci%C3%B3n%20Paulina%20Alejandra%20Lara%20Rom%C3%A1n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Le Poulichet, S. (1996). *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu, Buenos Aires.

León, N. (2016). Reacción terapéutica negativa. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Retrieved from <https://www.aacademica.org/000-044/763>

Loor, W., Hidalgo, H., Macías, J., García, E., & Scrich, A. J. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 130-138, 2018. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82590>

López. (2017). *Las adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Lazos.

López, A., Benítez, X., Leon, M., Maji, P., Dominguez, D., & Baez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cuba Reumatol*, 21(2). Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000200014#:~:text=La%20observaci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica%20est%C3%A1%20en,diagn%C3%B3stico%20y%20decidir%20la%20terapia%C3%A9utica.

López, C. (2006). La Adicción a Sustancias Químicas: ¿Puede ser Efectivo un Abordaje Psicoanalítico? *Psykhé*, 15(1). Retrieved from <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100006>

López, C. (2011). Adicción a Sustancias Químicas: ¿Enfermedad Primaria o Síntoma Psicoanalítico? *Revista de Psicología*, 13(20), 41-60. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3996600>

López, H. (2007). *Las Adicciones, sus fundamentos clínicos*. Autònoma de Buenos Aires: Lazos.

- Lora, M., & Calderón, C. (2010). Un Abordaje a la Toxicomanía desde el Psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 8(1), 159-180. Retrieved from http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612010000200008&lng=es&tlng=es
- Lutereau, L., & Belucci, G. (2017). El objeto-droga y sus destinos. *Revista Científica de UCES*, 22(2), 9-21. Retrieved from <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/cientifica/article/view/482/458>
- Marín, F. (2014). *Sigmund Freud. El psicoanálisis y las razones del malestar humano*. Barcelona, España: UOC. Retrieved from <https://www.digitaliapublishing.com/a/36938>
- Méndez, M. (2018). Abortar como rechazo de ser para un hombre: Nacer otra mujer. *Simploké Revista filosófica*, 1-9. Retrieved from <https://noticias.unsam.edu.ar/wp-content/uploads/2018/11/CalvagnoMendezRevistaSymplokeN9-1.pdf>
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa, guía didáctica*. Neiva: Universidad Surcolombiana. Retrieved from <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Naparstek, F., Mazzoni, Y., & Arca, G. (2013). La especificidad de la operación toxicómanal en las diferencias entre paranoia y esquizofrenia a partir de un abordaje nodal. *Anuario de investigaciones*(20), 145-149. Retrieved from

<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v20n2/v20n2a19.pdf>

Olivera, C., Oppedisano, P., Fiocca, A., & Barrera, E. (2011). La eficacia de la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento de las drogodependencias. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Retrieved from <https://www.aacademica.org/000-052/234>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Prueba de detección del consumo alcohol, tabaco y otras sustancias ASSIST: Manual para uso en la tención primaria*. OMS.

Ortega, L. (2022). *Consecuencia del Alcoholismo en la Relación de Pareja [Tesis de Grado]*. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Retrieved from <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/17887>

Paladines, F. (2018). *Interpretación del test gráfico de la casa, el árbol y la persona*. Quito, Ecuador: Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato. Retrieved from <https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/80167>

Parraga, H. (2017). De la prohibición al goce en la familia actual: algunas consideraciones teóricas. *Revista Katharsis*(23), 260-276. Retrieved from <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>

Peele, S. (1975). *Love and adiction*. New York: Acab. Sci.

Perrés, J. (1989). *Proceso de constitución del método psicoanalítico*. México:

Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Ramírez, N. (2010). Las realciones objetales y el desarrollo del: psiquismo una concepcion psiconalítica. *Revista IIPSI*, 13(2), 222-230. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3751599.pdf>

Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Revista Unife*, 23(1), 9-17. Retrieved from https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf

Ramos, C. (2020). Los alcances de una investigación. *Revista CienciAmérica*, 3, 1-5. doi:<http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>

Ramos, C. M. (2012). Enfermedad, cuerpo y síntoma. Desde el jardín de Freud. *Revista de Psicoanálisis*(12), 267-277. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4635362.pdf>

Ramos, S. (2004). What can we learn from psychoanalysis and prospective studies about chemically dependent patients? *The International Journal of Psychoanalysis*, 85, 467–488. doi:<https://doi.org/10.1516/D7UK-ULMK-AT01-MYCQ>

Rendón, A. (2020). *Aproximaciones psicoanalíticas al abuso sexual en la infancia: posibilidades de intervención y límites dentro de las instituciones Educativas de Ecuador. [Tesis de posgrado]*. Guayaquil: Universidad Santiago de Guayaquil. Retrieved from <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15023/1/T-UCSG-POS->

PSCO-67.pdf

Rengifo, F. (2007). Una Dificultad en la Clínica de la Toxicomanía. *Revista de Psicoanálisis*, 7(1), 95-107. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2923458>

Reubins, B. (2015). *Los Pioneros del Psicoanálisis de Niños*. España: Routledge. doi:<https://doi.org/10.4324/9780429203503>

Romero, M. (2011). *Trastornos psicossomáticos: Una lectura psicoanalítica*. Argentina: Universidad Nacional de La Plata. Retrieved from https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1505/ev.1505.pdf

Sandoval, I., Ramírez, G., & Dupret, M. (2020). *Psicopatología, Psicoanálisis y Psiquiatría*. Quito, Ecuador: Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Retrieved from <https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/1755>

Sarraillet, I. (2013). La dimensión del síntoma en el psicoanálisis de Lacan. *El rey está desnudo*, 191-200.

Savio, N. (2006). El síntoma en los inicios de la originalidad freudiana. *Fundamentos en Humanidades*, 7(19), 193-199. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/184/18400711.pdf>

Schettini, P., & Cortazzo, I. (2016). *Técnicas y estrategias de la investigación cualitativa*. Argentina: Libros de Cátedra. Retrieved from https://web.archive.org/web/20190511171034id_/http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/53686/Documento_completo_.pdf?sequence=1#pag

e=

Sorrentini, A. (2016). *Manifestación del inconsciente en la vertiente somática:*

"Caso Lara". Cartagena: Federación Psicoanalítica de América Latina.

Soto, G., Portilla, R., Huepe, D., Rivera, Á., Escobar, M., Salas, N., . . . Castillo, Á.

(2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. *Revista Adicciones*, 26(4), 291-302.

Talarn, A. (2016). *Psicoanálisis al Alcance de Todos*. Barcelona, España: Herder

Editorial. Retrieved from

<https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/45689?page=101>.

Tápia, M. (2012). El síntoma: de la metáfora a la letra. [Tesis de grado].

Universidad de Toulouse(12), 155-167. Retrieved from

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/71250/36134-149967-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ulloa, R. (2015). *Contribuciones de Sigmund Freud y Jacques Lacan para la*

comprensión de la toxicomanía, adicción o intoxicación. Colombia:

Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Uribe, N. (2010). Consideraciones psicoanalíticas sobre el abuso sexual y

maltrato infantil. *Revista electrónica de psicología social*, 2-12. doi:DOI:

10.21501/16920945.117

Valarezo, O., Erazo, R., & Muñoz, S. (2021). Síntomas de ansiedades y depresión

asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en los

adolescentes de la ciudad de Loja. *Health and Addictions*, 21(1), 279-293.

Retrieved from

<https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=584&path%5B%5D=422>

Varea Viteri, A. M. (2020). *Consideracion Clinicas Sobre La Toxicomanía y la Femenidad [Tesis de Pregrado]*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Retrieved from <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/19838>

Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22(4), 820–843. doi:<https://doi.org/10.1177/000306517402200407>

Wurmser, L. (1978). *he hidden dimension: Psychodynamics in compulsive drug use*. Aronson, New York.

Zack, O. (2012). Síntoma y carácter. *Psicología em Revista*, 18(1), 1-14.

ANEXOS

ANEXO 1. SOLICITUD DE PERMISO



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**
Seréis mis testigos

AMBATO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Ambato, 28 de abril de 2023
ES-227-2023

Psicóloga
Alejandra Montero
DIRECTORA CETAD
Presente -


De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo de quienes conformamos la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Ambato.

El motivo del presente es para solicitarle, se autorice que la señorita Pamela Mishel Arias Toasa, estudiante de la carrera de Psicología, pueda aplicar los instrumentos de evaluación de ficha sociodemográfica, test de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) y la aplicación de una entrevista semiestructurada a los pacientes que asisten a su institución los mismos que le permitirán obtener información importante para el desarrollo del proyecto de investigación "ANÁLISIS SINTOMÁTICO DE LA ADICCIÓN EN PACIENTES POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA", que se encuentra realizando previo a la obtención del título de Psicóloga; para lo cual se adjunta los instrumentos respectivos.


Segura estoy de contar con su valiosa ayuda, por lo que le anticipo mi agradecimiento. Con altos sentimientos de consideración y estima, me despido

Atentamente,


Dr C. Vama Hernández Junco
DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
DIRECCIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Anexo: Instrumentos
c.c. archivo
dr.-


Ψ Alejandra Montero
PSICOLOGA CLINICA
N° Reg. 1027 2019 2050641

Recibido: 04/05/2023

Anexo 3. TEST ASSIST V3. 1

42 | ASSIST | LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS

Apéndice A

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico Clínica

Identificación o nombre del usuario Fecha

Introducción (léasela al usuario o adapte a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas** por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros** motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1 A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique: _____	No	Sí

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

* El ASSIST V3.1 debe utilizarse como 'filtro' para fines clínicos. Para fines de investigación, utilice la versión anterior ASSIST V3.0.

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Dianamente o cas dianamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Dianamente o cas dianamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

44 | ASSIST | LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS

PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Dianamente o casi dianamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Dianamente o casi dianamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

ANEXO 5. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Ficha Ad Hoc Sociodemográfica

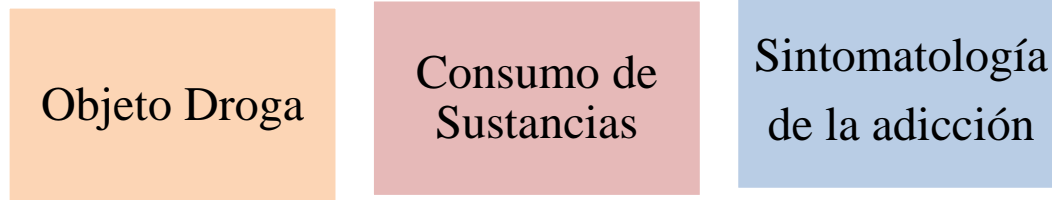
Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las indicaciones. Responda a la información requerida o marque con una "X" en la opción que corresponda.

Características sociodemográficas	
Edad	_____ años
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Unión libre
Tiempo de consumo	_____ años
Nivel de instrucción	<input type="checkbox"/> Educación Básica <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Tercer nivel
Sustancia de mayor consumo	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Cocaína Otro: _____
Número de internamiento	<input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto Otro: _____

ANEXO 6. VALIDACION DE ENTREVISTA

TÍTULO DEL PROYECTO	Análisis sintomático de la adicción en pacientes por consumo de sustancias: perspectiva psicoanalítica	LÍNEA(S) DE INVESTIGACIÓN	Vida digna, salud integral y grupos vulnerables.
OBJETIVOS	<p>Objetivo General. Analizar la sintomatología de la adicción en pacientes por consumo de sustancias del Centro Especializado en Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD)-Punto de Decisión, desde una perspectiva psicoanalítica.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fundamentar teóricamente la sintomatología de la adicción ante el consumo de sustancias desde la teoría psicoanalítica. 2. Identificar en la casuística la sintomatología de la adicción en las pacientes por consumo de sustancias del Centro Especializado en Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD)-Punto de Decisión. 3. Determinar los aspectos más relevantes en la sintomatología de la adicción en las pacientes por consumo de sustancias del Centro Especializado en Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD)-Punto de Decisión. 		
NOMBRE DE LA ENTREVISTA:	Entrevista semi estructurada para el análisis sintomático de la adicción en mujeres pacientes por consumo de sustancias desde una perspectiva psicoanalítica.		
OBJETIVO:	Recolectar información acerca de aspectos sintomatológicos no clínicos de pacientes que sufren este tipo de condición.		

CATEGORÍAS DE INVESTIGACIÓN



CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

PRIMERA CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	Subcategoría 1: Elección de objeto
<p>OBJETO DROGA</p> <p>Es un recurso que en la actualidad se encuentra al alcance de cualquiera, este objeto presenta la ilusión de un goce pleno aunque efímero. Este objeto droga tiene distintos usos subjetivos, según las diferentes condiciones de estructura y la singularidad del sujeto (Lutereau & Belucci, 2017)</p>	<p>Subcategoría 1. Elección del objeto</p>	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué es lo que te trajo aquí?• ¿A qué edad empezaste el consumo?• ¿Cuál fue la primera droga que consumiste?• Puedes contarme ¿Qué es lo que te llevo a empezar a consumir la primera vez?• ¿Qué situaciones influyeron para que inicies a consumir drogas?• ¿Cuándo empezaste a consumir creías que podrías controlarlo?

	<p>Subcategoría 2. Objeto de Satisfacción</p> <p>Subcategoría 3. Repetición</p>	<p>Subcategoría 2: Objeto de satisfacción</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué emociones experimentabas en el momento que consumías? • ¿Qué actividades te gustaba realizar bajo el efecto de la droga? • ¿Qué cosas eras capaz de hacer bajo el efecto de lo droga que sin ella no podías hacerlo? • ¿Qué tipo de satisfacción te provocaba consumir drogas? ¿Cuál era la más placentera? • ¿Qué y cómo te sentías cuando terminaba el efecto de la droga? • ¿Qué efectos experimentabas ante la ausencia del consumo? <p>Subcategoría 3: Repetición</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Durante cuánto tiempo consumiste drogas? • ¿Con qué frecuencia sentía la necesidad de consumir sustancias? Diario (* y en que situaciones) • ¿Existía algo que te llevaba aumentar el nivel de consumo? • En qué momento te diste cuenta que no podías controlar el consumo?
<p>SEGUNDA CATEGORÍA</p>	<p>SUBCATEGORÍAS</p> <p>Subcategoría 1. Goce</p>	<p>Subcategoría 1: Goce</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuéntame en qué momento te diste cuenta que no podías

<p>CONSUMO DE SUSTANCIAS</p> <p>El consumo de sustancias puede generar un abuso y dependencia es decir una adicción que desde el psicoanálisis no es vista como una enfermedad ni estudiada desde el químico tóxico, sino más bien desde la fijación de un objeto en este caso la droga que produce un goce al sujeto (Blanco, 2015).</p>		<p>encontrar satisfacción sin consumir drogas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Durante el trayecto de tu adicción cuantas veces intentaste dejar de consumir y cómo fue? • ¿Qué emociones experimentabas en el momento que consumías? • ¿Utilizabas el consumo como un escape a tu realidad? ¿Por qué? • ¿Qué tipos de deseos o placeres surgían en ti durante el consumo? • ¿Cuáles fueron los riesgos que tomaste por satisfacer tu deseo de consumir drogas? • ¿A qué riesgos estuviste expuesta durante tu consumo?
<p>TERCERA CATEGORÍA</p> <p>SINTOMATOLOGÍA DE LA ADICCIÓN</p> <p>El síntoma desde el psicoanálisis surge de manera inconsciente en el sujeto, implica una parte psíquica y somática en la cual influyen las vivencias, experiencias, sentimientos emociones en todos los aspectos del vida del</p>	<p>SUBCATEGORÍAS</p> <p>Subcategoría 1. Psíquico</p>	<p>Subcategoría 1: Psíquico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mientras consumías ¿qué situaciones pasaban por tu mente? • ¿Qué cambios emocionales ha presentado a lo largo del consumo de sustancias? • ¿Qué situaciones te frustraban? • ¿Qué factores personales crees tú que influyeron en el consumo de sustancias? • ¿Qué responsabilidades abandonaste por consumir? • ¿Existe algún vínculo familiar que

<p>mismo que se han convertido en un malestar tal cual como al adicción que se presenta como un síntoma (Romero, 2011).</p>	<p>Subcategoría 2. Somático</p>	<p>haya influido para tu consumo? Cuéntame tiene resentimiento hacia esa persona ¿por qué? (pregunta acorde al desarrollo)</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo eran tus relaciones familiares durante el consumo?• ¿Qué aspectos de tu vida cambiaron desde que empezaste a consumir?• ¿Cómo eran tus relaciones afectivas en tu etapa de consumo? <p>Subcategoría 2: Somático</p> <ul style="list-style-type: none">• En la parte física ¿Qué sentías cuando consumías?• ¿Qué cambios físicos experimentaste durante tu consumo?• ¿Qué efectos físicos experimentabas ante la ausencia del consumo?
---	--	---

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO “ENTREVISTA A PROFUNDIDAD”

**PERSONA QUE EVALUA LA
PERTINENCIA, RELEVANCIA Y
LENGUAJE DE LAS
PREGUNTAS**

FECHA:

Encuesta para personas
expertas en el tema

¿PREGUNTA?	ES PERTINENTE		ES RELEVANTE		LENGUAJE		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
PRIMERA CATEGORÍA OBJETO DROGA.							
¿Qué es lo que te trajo aquí?							
¿A qué edad empezaste el consumo?							
¿Cuál fue la primera droga que consumiste?							
Puedes contarme ¿Qué es lo que te llevo a empezar a consumir la primera vez?							

¿Qué situaciones influyeron para que inicies a consumir drogas?							
¿Cuándo empezaste a consumir creías que podrías controlarlo?							
¿Qué emociones experimentabas en el momento que consumías?							
¿Qué actividades te gustaba realizar bajo el efecto de la droga?							
¿Qué cosas eras capaz de hacer bajo el efecto de lo droga que sin ella no podías hacerlo?							
¿Qué tipo de satisfacción te provocaba consumir drogas? ¿Cuál era la más placentera?							
¿Qué y cómo te sentías cuando terminaba el efecto de la droga?							
¿Durante cuánto tiempo consumiste drogas?							
¿Con qué frecuencia sentía la necesidad de consumir sustancias? Diario (* y en que situaciones)							

¿Existía algo que te llevaba a aumentar el nivel de consumo?							
¿En qué momento te diste cuenta que no podías controlar el consumo?							
SEGUNDA CATEGORÍA CONSUMO DE SUSTANCIAS							
¿Cuéntame en qué momento te diste cuenta que no podías encontrar satisfacción sin consumir drogas?							
¿Durante el trayecto de tu adicción cuántas veces intentaste dejar de consumir y cómo fue?							
¿Qué emociones experimentabas en el momento que consumías?							
¿Utilizabas el consumo como un escape a tu realidad? ¿Por qué?							
¿Qué tipos de deseos o placeres surgían en ti durante el consumo?							
¿Cuáles fueron los riesgos que tomaste por satisfacer tu deseo de consumir drogas?							

¿A qué riesgos estuviste expuesta durante tu consumo?							
TERCERA CATEGORÍA SINTOMATOLOGÍA DE LA ADICCIÓN							
Mientras consumías ¿qué situaciones pasaban por tu mente?							
¿Qué cambios emocionales ha presentado a lo largo del consumo de sustancias?							
¿Qué situaciones viviste a lo largo del consumo que te frustraban?							
¿Qué factores personales crees tú que influyeron en el consumo de sustancias?							
¿Qué responsabilidades abandonaste por consumir?							
¿Existe algún vínculo familiar que haya influido para tu consumo?							
Cuéntame tienes algún resentimiento hacia esa persona ¿por qué? (pregunta acorde al desarrollo)							

¿Cómo eran tus relaciones familiares durante el consumo?							
¿Cómo eran tus relaciones afectivas en tu etapa de consumo?							
En la parte física ¿Qué sentías cuando consumías?							
¿Qué cambios físicos experimentaste durante tu consumo?							
¿Qué efectos físicos experimentabas ante la ausencia del consumo?							

NOMBRE	
TÍTULO DE CUARTO NIVEL	
CARGO O PROFESIÓN	
EXPERIENCIA PROFESIONAL	
EXPERIENCIA ACADÉMICA	

FIRMA

ANEXO 7. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE ACERCAMIENTO PARA MUJERES INTERNAS EN EL CETAD PUNTO DE DECISIÓN.

TEMA: CONOCIENDONOS
Objetivo: Lograr un primer acercamiento, generan empatía y confianza
Participantes: Pamela Arias estudiante de psicología, y mujeres internas del C.E.T.A.D punto de decisión
Recursos: material educativo

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPAS	ACTIVIDAD	DESARROLLO	OBJETIVO
Introducción	Presentación	Presentación personal de la persona encargada y Explicar el desarrollo de la actividad que se va a realizar.	Lograr el rapport con los participantes de la reunión
Juego para romper el hielo	Caramelo, rodilla, cabeza, vuelta.	Pedir a las participantes ponerse en grupos de dos personas frente a frente formando una fila, se coloca un caramelo o algún dulce en medio de estas dos personas, tendrán que darse vuelta y ponerse de espaldas para empezar la actividad, lego de esto se les dirá rodilla, cabeza, vuelta o otras actividades que tendrán que hacerlo y cuando se diga “caramelo” la primera persona que logre cogerlo se lo queda.	Desarrollar actividad de integración para que exista más acogida y confianza.
desarrollo	Compartir de experiencias	Se forma un círculo con todas las participantes, cada una de ellas tendrá un espacio en el cual se presentarán y hablaran	Establecer vínculos de identificación,

		sobre sus experiencias en adicción y de igual manera la estudiante de psicología presentara su experiencia para crear un vínculo de identificación como compañerismo en recuperación.	comunicación entre las participantes y la persona externa.
Cierre	Ejercicio de relajación	Se realizara un ejercicio de respiración profunda para crear relajación.	Lograr un estado de relajación soltando tensiones surgidas en el compartir.

TEMA: MIRANDONOS DE VERDAD
Objetivo: lograr la identificación así mismo la exteriorización de conflictos familiares
Participantes: Pamela Arias estudiante de psicología, y mujeres internas del CETAD punto de decisión
Recursos: material educativo

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPAS	ACTIVIDAD	DESARROLLO	OBJETIVO
Introducción	Presentación	Explicar el desarrollo de la actividad que se va a realizar.	Comprender la actividad
Juego para romper el hielo	Piedra, papel o tijera Humano	Pedir a las participantes ponerse en grupos de dos personas frente a frente formando una fila, se les indica cómo será piedra, papel, y tijera con su cuerpo y luego empezaran a jugar el grupo ganador tendrá un premio.	Eliminar barreras o paradigmas como la vergüenza, el miedo, desconfianza.
desarrollo	Arte terapia con pinturas y colores	Las participantes deberán realizar un autorretrato y un dibujo relacionado a sus padres, de manera libre con la técnica que escojan sea pintura o colores, mientras realizan la obra se les guía que representen la imagen que tiene de sí mismos y de sus padres	Comprender sus elementos internos del yo ideal y exteriorizar conflictos o figura familiar.

Cierre	Retroalimentación	Una vez terminada la actividad se pide a cada una de las participantes que expresen sus sentimientos encontrados, y responder el por qué se observa de esa manera y como cree que los demás amigos familia, la observan, y la explicación del dibujo familiar.	Conocer el ideal del yo.
---------------	-------------------	--	--------------------------

TEMA: LA RECUPERACIÓN
.
Objetivo: Conocer el proceso de recuperación y sus elementos principales para cada una de las internas
Participantes: Pamela Arias estudiante de psicología, y mujeres internas del CETAD Punto de Decisión
Recursos: material educativo

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPAS	ACTIVIDAD	DESARROLLO	OBJETIVO
Introducción	Presentación	Explicar el desarrollo de la actividad que se va a realizar.	Comprender la actividad

Juego para romper el hielo	Las minas	Pedir a las participantes que formen grupo de dos personas una de las deberá estar vendada los ojos, y la otra le guiara a encontrar las minas que serán pelotas colocadas por el piso y deberán llevarlas a las cajas asignadas a pareja, el equipo que logre juntar más pelotas o minas será el ganador	Eliminar barreras o paradigmas como la vergüenza, el miedo, desconfianza.
desarrollo	Actividad el árbol de la recuperación	Se mostrara a las participantes en un papelote, el tronco de un árbol dibujado en este ira escrito recuperación alrededor deberán ir formando las ramas y las hojas las cuales deberán ir escribiendo de que se forma dicha recuperación	Comprender elementos que forman base de su recuperación
Cierre	Retroalimentación	Una vez terminada la actividad se pide a cada una de las participantes que expresen lo que colocaron tanto en las ramas como en las hojas	Conocer su proceso de recuperación

EL OBJETO DE CONSUMO
Objetivo: identificar el objeto de consumo
Participantes: Pamela Arias estudiante de psicología, y mujeres internas del CETAD Punto de Decisión
Recursos: material educativo

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPAS	ACTIVIDAD	DESARROLLO	OBJETIVO
Introducción	Presentación	Explicar el desarrollo de la actividad que se va a realizar.	Comprender la actividad
Juego para romper el hielo	Comunicación acción	<p>Pedir a las participantes que formen un círculo se les dará tres consignas que serán la primera: "Digan lo que yo digo, y hagan lo que yo digo".</p> <p>La segunda consigna es: "Digan lo contrario a lo que yo digo, y hagan lo que yo digo".</p> <p>La tercera consigna es: "Digan lo que yo digo, y hagan lo contrario a lo que yo digo". Con órdenes como derecha, izquierda, adentro, afuera, sentados, parados etc.</p>	<p>Eliminar barreras o paradigmas como la vergüenza, el miedo, desconfianza.</p>
desarrollo	Objeto consumo	Se pedirá a las participantes que con plastilina representen cual es el objeto, motivo, situación, persona etc, por lo que ellas creen que	Identificación y restructuración

		consumían, luego tendrán que presentarlo y explicarlo y volverlo a reconstruir, con algo que represente una solución, y hacer algo que represente la situación en la que les gustaría estar ahora.	del objeto de consumo
Cierre	El globo	Con la actividad anterior se tomara en cuenta el objeto consumo se pedirá ala participante que cierre los ojos, que infle el globo pensando en las emociones, pensamientos consecuencias que el causaba el objeto de consumo lo cual quiere liberar, luego se le pedirá que grite fuertemente con frases empodera doras “yo soy más fuerte, más grande que, yo puedo contra esto, tu no me vas a ganar. etc” y se le pide que reviente el globo	Liberar emociones
