



**UNIVERSIDAD DE CHILE FACUL-  
TAD DE CIENCIAS SOCIALES ES-  
CUELA DE POSTGRADO**

**FORMAS DE SUJECCIÓN EN EL USO CRÓNICO DE BENZODIAZEPINAS EN  
PACIENTES ATENDIDOS EN CONTEXTOS DE SALUD PÚBLICA  
Consideraciones psicoanalíticas sobre un objeto difuso**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos**

**NATALIA BORIC CARRASCO**

**Profesor Guía:  
Pablo Reyes Pérez  
Informantes:  
Álvaro Jiménez  
Esteban Radiszcz**

**Santiago de Chile, año 2020**



**FORMAS DE SUJECCIÓN EN EL USO CRÓNICO DE BENZODIAZEPINAS  
EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONTEXTOS DE SALUD PÚBLICA**

**Consideraciones psicoanalíticas sobre un objeto difuso**

## RESUMEN

*La excesiva utilización de benzodiazepinas a nivel mundial fue señalada como un problema de salud pública en los años ochenta, sin embargo el consumo de estos fármacos continúa en aumento. Chile presenta una alta prevalencia en el uso de estos fármacos y se encuentra en el cuarto lugar de Latinoamérica en el consumo de benzodiazepinas. La utilización de estos medicamentos a largo plazo produce efectos adversos, entre ellos, la dependencia física y psicológica. Este estudio busca comprender este fenómeno desde la perspectiva psicoanalítica considerando las teorías del objeto y de las toxicomanías y de los medicamentos como tecnologías de la sociedad actual. El objetivo del estudio fue determinar las estructuras discursivas que se encuentran presentes en pacientes atendidos en contextos de salud pública que sostienen usos crónicos de benzodiazepinas y fue llevado a cabo con un enfoque cualitativo de tipo estructuralista. Se realizaron cuatro entrevistas semi-estructuradas y se utilizó el método de análisis estructural del discurso. Los principales resultados indicaron que habría principalmente una relación sujeto objeto-BDZ cuya función es proteger al sujeto del goce, de forma que el uso crónico se asocia con la irrupción del exceso de angustia. A su vez, se evidenció que el uso de BDZ permite sostener una posición infantil en los participantes. Se concluye que el uso de BDZ permite tratar el cuerpo desde el registro real cuando emerge el objeto de la angustia. La relevancia de este estudio tiene relación con estudiar un fenómeno de salud pública y de alta prevalencia a partir de las conceptualizaciones psicoanalíticas y aportar elementos nuevos en la discusión e incidir sobre la práctica clínica del fenómeno.*

## PALABRAS CLAVE

Benzodiazepinas, uso crónico de psicofármacos, toxicomanías, angustia, análisis estructural del discurso.

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi sincera gratitud a todas aquellas personas que fueron imprescindibles en este proceso de investigación.

En primer lugar, quisiera agradecer a Pablo Reyes, profesor guía de esta tesis, quien en distintos espacios de pensamiento aportó las claves que permitieron definir las coordenadas principales de esta tesis.

Agradezco muy profundamente a los participantes de esta investigación, quienes con mucha paciencia, sinceridad y transparencia me entregaron algo de sus vidas y me permitieron el acceso al corazón de su malestar, la angustia. Doy gracias a mi lugar de trabajo de tantos años, por brindarme el apoyo, el espacio material y psíquico para llevar a cabo la investigación. Agradezco también a las directoras de estos establecimientos, Valerie y Patricia, por su confianza y cercanía en el proceso de investigación y en mi desarrollo como profesional.

Agradezco entrañablemente a mis amigos, especialmente a quienes me acompañaron en este camino, haciéndolo más fácil con sus risas y cariño, Raquel, Felipe, Natalia M., Chris y Mauricio.

Agradezco profundamente a mis padres, Mauricio y María Luisa, y a mi hermano Daniel, por entregarme el soporte y ánimo para culminar esta etapa. Doy gracias a mis tíos, especialmente Alejandro, Ricardo y Claudia, y a mi primo Nicolás por la paciencia y su preocupación constante y a toda mi familia y amigos/as que estuvieron conmigo en este trayecto.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
<b>Capítulo I: Procesos de medicalización y teorías sociales sobre psicofármacos.</b>	10
1. Procesos de medicalización y psicofármacos.	10
-El concepto medicalización.	10
-Medicalización y psicofármacos.	12
2. Uso crónico de psicofármacos.	15
3. Drogas sin adicción. Adicción sin drogas.	17
4. Teorizaciones sociales sobre Benzodiazepinas.	19
-Medicalización de lo social.	19
-Agencia y benzodiazepinas.	22
-Benzodiazepinas como Lifestyle medicines.	25
-Simbolismos y expectativas en el uso de benzodiazepinas.	26
<b>Capítulo II: Constitución del sujeto y el objeto de la angustia.</b>	29
1. La angustia en Freud.	29
-Pérdida de objeto.	29
-Las neurosis y la angustia.	31
2. La angustia lacaniana.	33
-División subjetiva.	33
-La angustia y el estadio del espejo.	34
-Surgimiento de la angustia.	35
-Objeto <i>a</i> .	37
-Angustia, goce y deseo.	38

-Vía del amor. ....	40
3. La teoría de las pulsiones. ....	41
-Pulsiones desde la teoría freudiana.....	41
-Compulsión a la repetición.....	42
-Pulsiones en Lacan la teoría lacaniana.....	43
4. Objeto de amor y objeto pulsional. ....	44
<b>Capítulo III: Conceptualizaciones psicoanalíticas sobre toxicomanías. ..</b>	<b>47</b>
1. Referencias sobre adicción en la obra freudiana. ....	47
2. Lacan y las adicciones. ....	49
3. Aportes lacanianos sobre toxicomanías. ....	50
-Época contemporánea. ....	50
-La toxicomanía como ruptura con el goce fálico. ....	50
-De un goce autoerótico sin fantasma. ....	52
-Efectos de la operación toxicómana. ....	53
-Función significante en la droga. ....	54
-Sobre un goce enigmático. ....	56
-Amor único. ....	59
4. Las toxicomanías como fallas narcisistas. ....	60
-Creación de un nuevo cuerpo. ....	62
-Montajes de suplencia. ....	63
-Montajes del suplemento. ....	64
<b>Capítulo IV: Psicofármacos como nuevas tecnologías. ....</b>	<b>67</b>
1. Aspectos discursivos. ....	67
-Discursos de la época. ....	67

-El silencio de los psicofármacos. ....	69
-El ideal médico. ....	69
-Género y BDZs.....	71
2. Psicofármacos como objetos tecnológicos. ....	72
-Tipos de medicamentos. ....	72
-Psicofármacos desde los registros imaginario, simbólico y real. ....	74
<b>METODOLOGÍA.</b> .....	78
1. Diseño de la investigación. ....	78
-Pregunta de investigación. ....	78
-Preguntas directrices. ....	78
-Objetivo general. ....	79
-Objetivos específicos. ....	79
2. Marco metodológico. ....	79
-Diseño. ....	79
-Participantes. ....	80
-Estrategia de recolección de la información. ....	83
-Estrategia de análisis de la información. ....	84
<b>RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTRUCTURAL.</b> .....	86
1. Caso Susana. ....	86
-Discurso respecto de sí misma y la relación con los otros. ....	90
- <i>Paráfrasis de la estructura.</i> .....	90
-Discursos relacionados a los usos del clonazepam. ....	95
- <i>Paráfrasis de la estructura.</i> ....	95
2. Caso Ximena. ....	98



-Discurso respecto de sí misma y su relación con los otros. ....	104
- <i>Paráfrasis de la estructura.</i> ....	104
-Discurso relacionado a los usos del clonazepam. ....	106
- <i>Paráfrasis de la estructura.</i> ....	106
3. Caso Andrés. ....	110
-Discurso en torno a solución de conflictos y relaciones con otros. ....	114
- <i>Paráfrasis de la estructura.</i> ....	114
-Discurso sobre sí mismo y relación con el clonazepam. ....	116
- <i>Paráfrasis de la estructura.</i> ....	116
4. Caso Hugo. ....	119
-Discurso de la familia y de su posición en la dinámica familiar. ....	123
- <i>Paráfrasis de la estructura.</i> ....	124
-Discurso sobre las experiencias de sí mismo y relación con el clonazepam. ....	126
- <i>Paráfrasis de la estructura.</i> ....	126
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIONES.</b> ....	130
1. Caso Susana. ....	130
2. Caso Ximena. ....	133
3. Caso Andrés. ....	136
4. Caso Hugo. ....	139
5. Consideraciones generales. ....	143
<b>CONCLUSIONES.</b> ....	151
<b>BIBLIOGRAFÍA.</b> ....	156
<b>ANEXOS.</b> ....	169

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Características de los participantes. ....	83
----------	--	----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Principales disyunciones y ejes semánticos respecto de sí misma y la relación con los otros. ....	90
Figura 2.	Principales disyunciones y ejes semánticos relacionados a los usos del clonazepam. ....	95
Figura 3.	Principales disyunciones y ejes semánticos respecto de sí misma y la relación con los otros. ....	104
Figura 4.	Principales disyunciones y ejes semánticos relacionados a los usos del clonazepam. ....	106
Figura 5.	Principales disyunciones y ejes semánticos en torno a solución de conflictos y relaciones con otros. ....	114
Figura 6.	Principales disyunciones y ejes temáticos sobre sí mismo y relación con el clonazepam. ....	116
Figura 7.	Principales disyunciones y ejes semánticos de la familia y de su posición en la dinámica familiar. ....	123
Figura 8.	Principales disyunciones y ejes semánticos de las experiencias de sí mismo y relación con el clonazepam. ....	126

## INTRODUCCIÓN

En la década de los sesenta se produce el auge en la utilización de las benzodiazepinas (BDZs), convirtiéndose rápidamente en los psicofármacos de primera elección para obtener efectos ansiolíticos e hipnóticos (Busto, 1991). En los años ochenta su excesiva utilización se vio interrumpida y su indicación indiscriminada pasó a ser vista como un problema de salud pública (Ashton, 2005; Yates & Catril, 2009). Pese a esto, estudios nacionales e internacionales indican que el consumo de ansiolíticos ha aumentado en las últimas décadas, siendo recetados de forma excesiva e inapropiada (Ashton, 2005; Moloney, Konrad & Zimmer, 2011; Panini, Garraza, Teves, Giraudo & Calderón, 2015). Busto (1991) concluyó que la prevalencia anual del consumo de BDZs en Santiago de Chile alcanza el 31.4%, lo que es muy superior en comparación a otros países latinoamericanos.

En Chile, la adicción a las BDZs comenzó a ser vista como problemática y sintomática en los años ochenta a causa de su alta prevalencia, siendo categorizada como un problema de salud pública (Galleguillos, Risco, Garay, González & Vogel, 2003). Las autoridades de salud se focalizaron en el control de la venta y prescripción del medicamento a través de la instalación la receta médica retenida en 1995 (Galleguillos et al., 2003). Sin embargo “sigue estando ampliamente presente en intoxicaciones, en el abuso y dependencia por parte de pacientes” (Seijas, 2005, p. 228). Cabe señalar que las BDZs forman parte del tratamiento básico de salud mental para Atención Primaria de salud (APS), en donde su consumo alcanza entre el 30 al 40% (Olivera, 2009) debido en parte, a la prescripción de tratamientos indefinidos e inadecuados (Galleguillos et al., 2003).

La regulación de la prescripción de BDZs se realiza hoy por hoy mediante lo que se conoce como prescripción racional de BDZs, al comprobarse que una vía esencial para evitar la dependencia de la población a estos medicamentos es que los médicos adhieran a las recomendaciones oficiales de prescripción racional y limitada (Ashton, 2005). El Ministerio de Salud [MINSAL] elaboró en 1993 las normas técnicas sobre la prescripción racional de BDZs, que entrega las orientaciones que regulan a todos los establecimientos del sistema nacional de servicios de salud, destinadas a mejorar la dispensación, prescripción y utilización de estos medicamentos. En estas se incluye la instauración de la receta retenida para la venta

de BDZs con el objetivo de impedir el abuso y uso indebido de los ansiolíticos (Galleguillos et al., 2003; MINSAL, 1994; Seijas, 2005). El impacto y eficacia de esta medida de control no ha sido estudiada del todo (Galleguillos et al., 2003). Según Yates & Catril (2009) siguen siendo fármacos muy utilizados, a pesar de los mecanismos de control mencionados.

Debido a sus diferentes aplicaciones terapéuticas, las BDZs son prescritas para variados síntomas de distintos trastornos mentales. Entre estos se destacan principalmente los trastornos ansiosos como crisis de pánico, agorafobia, fobias de todo tipo y ansiedad generalizada, insomnio, depresión, dependencia y síndrome de abstinencia de alcohol, síndromes convulsivos y neurológicos, en psicosis y agitaciones psicomotoras y trastornos de personalidad. Para cada uno de estos trastornos habría indicaciones específicas respecto tiempo, tipo y modo de indicación del psicotrópico (MINSAL, 1994).

La mantención del efecto ansiolítico a largo plazo ha sido motivo de controversia y no está demostrada, por lo que no deberían ser prescritas por más de un mes (MINSAL, 1994). La norma técnica chilena indica que en caso de depresión, las BDZs no son la opción terapéutica recomendada y en presencia de sintomatología ansiosa, deben indicarse BDZs por plazo máximo de un mes (MINSAL, 1994).

A modo general, la norma general técnica sobre prescripción racional de BDZs del MINSAL (1994) indica que las BDZs se inician cuando el paciente se ve superado en sus recursos psicológicos y presenta alto grado de estrés; además al momento de indicarlas el paciente debe estar informado sobre potenciales efectos secundarios, periodo de tiempos máximos de tratamiento y explicitación por parte del clínico tratante que no puede continuar el tratamiento sin control médico.

La prescripción racional de BDZs busca evitar la perpetuidad de tratamientos pocos efectivos y con escasa respuesta terapéutica, ya que el uso continuado de estos fármacos por un plazo mayor a lo normado no brinda beneficios adicionales (López et al., 2010; Olivera, 2009). Como se mencionó previamente, el factor temporal es más importante que la cantidad de dosis en el desarrollo de dependencia, y se calcula que al tercer mes con dosis terapéuticas está instalado el fenómeno de dependencia (Busto, 1991). A su vez, la prescripción a largo plazo presenta otros inconvenientes, entre ellos, que los pacientes no encuentren soluciones a sus problemas aparte de la medicación o que se enmascaren otros trastornos mentales (Cloos,

2010).

Pese a las estrategias que velan por indicación racional de estos psicotrópicos, la prescripción inapropiada de benzodiazepinas es un ejercicio fuertemente arraigado en los médicos (Seijas, 2005), y por lo mismo se mantienen prevalencias tan elevadas en la población mundial (Calderón & Castaño, 2015).

Una de las prácticas inadecuadas más comúnmente descrita en la literatura internacional es la prescripción a largo plazo o por periodo indeterminado de tiempo. Aunque la prescripción de estos ansiolíticos ha descendido sustancialmente desde los 90s, en la práctica se sigue prescribiendo a largo plazo en un 30% entre médicos generales en Europa y Estados Unidos (Ashton, 2005). En Francia, país que se ubica en el segundo lugar europeo con mayor prevalencia de ansiolíticos, se observa que solo el 30% de las prescripciones están limitadas a tres meses de tratamiento, y el 29% excede los veinticuatro meses (Pignard, 2013). En Argentina, en el 44% de los casos en que se indicaba BDZs no se indicaba el tiempo de consumo, cómo discontinuar su uso ni se advertían los posibles riesgos que conlleva el uso de estos fármacos, todo lo cual indica fallas importantes en la prescripción por parte del cuerpo médico (Caprara et al., 2012).

En Chile, en el año 1991, la prevalencia vital para el consumo de BDZs en Santiago fue de un 42,9%, lo que era muy superior en comparación con otros países latinoamericanos (3,5% costa rica, 18,5% Perú), ubicándose Chile en el cuarto lugar de Latinoamérica. Dentro de ese porcentaje, 4.1% de la población de Santiago podía considerarse dependiente a BDZs, porcentaje tres veces más alto que el promedio mundial (Busto, 1991). Acorde al último estudio de drogas en servicios de urgencias del Consejo Nacional de Estupefacientes [CONACE] (2010), en un hospital público de la ciudad de Santiago, el 21% de los pacientes ingresados presentaban resultado positivo para BDZs. Esta prevalencia es mayor a la observada en cualquier otra droga, incluidas marihuana, alcohol y cocaína. En el año 2001, esta cifra fue de un 11%, lo que demuestra un considerable aumento- prácticamente el doble- en diez años.

Aunque las orientaciones técnicas de Chile señalan que las BDZs no deben ser la primera opción de tratamiento para desórdenes ansiosos y alteraciones del sueño, los datos muestran que siguen siendo los fármacos de elección en Chile y a nivel mundial para estos trastornos. Es decir que, si bien han habido intentos por regular la prescripción de BDZs a ni-

vel mundial, no se ha logrado disminuir el uso o la prescripción de estos medicamentos (Busto, 2000; MINSAL, 2013).

De lo anterior se deduce que la prescripción irracional es una práctica común tanto en Chile como a nivel internacional pese a las guías clínicas y medidas establecidas a nivel mundial confeccionadas a propósito de la prescripción racional. En la práctica no se llevarían estas indicaciones a cabalidad, habiendo falencias considerables en la prescripción, lo que es reflejado a través de los datos y prevalencias (Ashton, 2005).

En Chile, la proporción de prescripciones de BDZs por especialidades médicas concluye que el 45% son realizadas por médicos generales, 23% por psiquiatras y 12% por neurólogos (Yates & Catril, 2009). Otro estudio efectuado en la ciudad de Santiago destaca que en servicios de APS, la prevalencia anual del uso de psicofármacos era del 29,4% y de esos, un 19,4% correspondían a compuestos benzodiazepínicos, mientras otros estudios revelan un consumo de este fármaco cercano al 30% (Olivera, 2009).<sup>1</sup>

En Chile existe amplia tendencia a la automedicación con BDZs, la que podría ser explicada por la alta prevalencia de desórdenes mentales no diagnosticados y por una escasa oferta terapéutica para la población de atención primaria de salud (CONACE, 2004). Esto podría relacionarse con otro dato que advierte que quienes abusan o son dependientes a BDZs suelen presentar alta sintomatología y desórdenes psiquiátricos concomitantes (Busto, 2000).

La automedicación según un estudio realizado en Argentina sería la respuesta frente a un sistema de salud público que actúa de manera inoportuna, con escasez de horas médicas y más aun de psicoterapia. Es un sistema de salud que expulsa al individuo con trastorno “no grave”. Generalmente, previo a la automedicación, los individuos habrían tenido una respuesta negativa por parte de la institución pública. Esta situación se replica en Chile en los servicios públicos de salud mental. Un sistema de salud sin tiempo ni recursos para brindar a sus pacientes genera un “círculo perfecto”, que degenera en la banalización del consumo de psicotrópicos y automedicación (Observatorio argentino de drogas [SEDRONAR], 2007).

---

<sup>1</sup> Los médicos de Atención Primaria de Salud son quienes más prescriben BDZs en España (45% a 76% de prescripciones totales) (Escrivá et al., 2000). Igualmente en Francia, los médicos generales son quienes prescriben mayormente estas sustancias. La explicación se debe a que estos son los clínicos más confrontados directamente con el sufrimiento mental o físico de la población (Pignard, 2013).

Por otro lado, el uso de tranquilizantes tiene relación con la medicalización de la ansiedad, la cual pasó a ser considerada un problema médico cuyo tratamiento indicado eran las benzodiazepinas (Tone, 2009).

La cronificación del uso de psicofármacos está vinculada con el síndrome de abstinencia, ya que los pacientes al dejar la medicación presentan síntomas de privación, los cuales los médicos adjudican erróneamente a una “recaída” de la patología mental original con la consecuente prescripción a largo plazo del fármaco (Le Moigne, 2008).

Debido a la cronificación de los tratamientos, cabe hacerse la pregunta sobre el uso por parte de los usuarios de este medicamento, respecto a la relación entre el sujeto y el objeto BDZ. La dependencia a las BDZs y su uso crónico no apuntan a la eliminación de síntomas ni necesariamente a la curación de un cuadro patológico (Helman, 1981). Esto ha abierto debates no sólo sobre cómo comprender y abordar biomédicamente la adicción, sino que también se ha cuestionado la extensión del uso de estos fármacos poniendo en evidencia los procesos y las consecuencias de la medicalización de la vida cotidiana (Silveira, Martins & Rodrigues, 2015). Silveira et al. (2015) señalan que la principal acción de los sistemas de salud ha sido la utilización de fármacos, siendo una de las principales críticas de la práctica de la medicina moderna la medicalización y farmacologización del sufrimiento humano.

El uso crónico de BDZs desde el psicoanálisis puede ser conceptualizado desde diferentes perspectivas teóricas. Una formulación pertinente para este estudio puede ser planteada desde la lógica de la toxicomanía y sus alcances, entre estos la relación con el goce autoerótico, en donde el sujeto por medio de la sustancia intentaría alcanzar una satisfacción pulsional plena, la comprensión del uso de sustancias desde otras lógicas que no marcan la desocialización o ruptura con el lazo social.

A su vez el uso a largo plazo de BDZs logra comprenderse desde el psicoanálisis a través de las teorizaciones en cuanto a los psicofármacos como tecnologías del malestar de la sociedad actual. El psicoanálisis analiza los procesos de medicalización como el triunfo del discurso científico en la sociedad, con la prosecución de ideales del sistema capitalista de felicidad, bienestar y éxito. En este sentido la salud mental pasa a ser un bien de consumo, y en lugar de tener como estrategia el deseo singular, se orienta el consumo de salud mental en términos de una demanda universal. Estas teorizaciones aportan elementos al objeto de estu-



dio para entender los padecimientos de la época actual, y algunos usos de los medicamentos en la vida cotidiana. La revisión bibliográfica sobre los psicofármacos como tecnologías y sus alcances en la teoría psicoanalítica aborda la cuestión del silenciamiento del malestar, la función de las pastillas para lidiar con los apremios de la vida, y los efectos del objeto fármaco en los registros imaginario, simbólico y real.

Por último, debido a que las BDZs son medicamentos ansiolíticos, utilizados para el tratamiento de la ansiedad, es importante ubicar elementos teóricos de la angustia desde la orientación psicoanalítica.

La presente investigación tiene como fin poder entender desde la perspectiva psicoanalítica el fenómeno del uso a largo plazo de las BDZs en sujetos atendidos en contextos de salud pública. Existirían distintas maneras de acercarse al fenómeno. Por un lado, desde las teorías sociales de la medicalización. A su vez, desde los aportes del psicoanálisis de toxicomanías, entendiendo que se trata de un medicamento que produce dependencia. Por último, cómo los psicofármacos son utilizados como una nueva tecnología y con ello, respondiendo a las nuevas formas de malestar.

El interés del presente estudio es profundizar en las formas de sujeción asociadas al uso prolongado de BDZs. Se prefiere el término de uso prolongado o uso crónico porque permite dar cuenta del fenómeno sin adscribirlo necesariamente a la perspectiva de la adicción. A su vez, se utiliza la referencia al sujeto como categoría que permite articular lo individual con lo social. En psicoanálisis, el sujeto es sujeto del inconsciente, está determinado por el lenguaje y por lo tanto, con el encuentro con el Otro social. La relación que un sujeto establece con un objeto, mediada en mayor medida por el lenguaje, permite comprender diferentes usos y formas de hacer lazo desde una perspectiva psicoanalítica y estructural.

A partir de lo anterior, la pregunta de investigación será:

*¿Qué estructuras discursivas determinan la relación sujeto objeto-BDZ en pacientes atendidos en un contexto de salud pública que presentan un uso prolongado de este medicamento?*

El análisis estructural a través del relato de búsqueda permite organizar y analizar la información considerando tres actantes principales, que son el objeto codiciado, el sujeto que

intenta obtenerlo y las acciones por medio de las cuales pretende obtener el objeto o evitarlo (Piret, Nizet, & Bourgeois, 1996). La utilización de esta técnica en la investigación permite analizar las estructuras discursivas que el sujeto presenta con el objeto benzodiazepínico.

La propuesta metodológica que se escogió fue el enfoque cualitativo de investigación, ya que éste permite establecer una relación entre la realidad social y subjetiva de los individuos. La estrategia de recolección de información fue realizada por medio de entrevistas semi estructuradas con guion temático, el cual se focalizó en distintas dimensiones. Se realizaron entrevistas a cuatro sujetos con uso crónico de benzodiazepinas atendidos en CESFAM (centro de salud familiar) y/ o CESAM (centro comunitario de salud mental).

El método de análisis utilizado fue el análisis estructural del discurso, en donde se codificó en disyunciones semánticas para luego realizar las estructuras paralelas del discurso. Se presentan los resultados de cada sujeto en un pequeño resumen que abarca las dimensiones de la entrevista y dos estructuras paralelas, una de las cuales da cuenta de la relación que los participantes tienen con el fármaco y otra estructura paralela que abarca un aspecto relevante de la estructura discursiva de cada sujeto. Cada estructura es descrita acorde a las paráfrasis de las estructuras paralelas (Piret, et al., 1996). Posteriormente se discuten los resultados para cada caso y se analizan aspectos generales en torno a estos.

Cabe resaltar que la investigación sobre la utilización de psicofármacos desde la orientación psicoanalítica es escasa, así como la teorización respecto de estos. A su vez, por ser un objeto de estudio que pertenece a diferentes aspectos, se pretende delimitar al objeto fármaco desde estas distintas aristas.

La relevancia de este estudio tiene que ver con profundizar en un problema de salud pública, en un contexto de atención de salud pública, de un centro de salud familiar y un centro comunitario de salud mental en donde este fenómeno presenta alta prevalencia. El uso prologando de BDZs incide en la clínica de quienes trabajan en los establecimientos de salud pública, lo que no siempre es considerado, ni por el paciente ni por los clínicos (Olivera, 2009), por lo que este estudio tiene como objetivo relevar el problema en sus significancias clínicas y en sus efectos sobre el sujeto y aportar elementos al debate del problema. Por otro lado, los estudios en Chile que abordan el problema suelen ser de tipo descriptivo y de caracterización de la población considerando el fenómeno desde el área biomédica y de las neurociencias. Es-

tudiar esta problemática desde el psicoanálisis tiene alcances teórico-prácticos para pensar en estrategias clínicas que permitan responder sobre cuáles son los mecanismos psíquicos y los efectos que tienen en el sujeto el uso prolongado de BDZs. A su vez, este estudio permite profundizar acerca de cuál es el estatuto que tienen los psicofármacos en la teoría psicoanalítica y considerar este aspecto en sus distintos niveles y tensiones, comprendiendo los conflictos psíquicos y sociales implicados en esta problemática.

Por último, este estudio tiene una relevancia metodológica, ya que permite articular la perspectiva estructural del discurso con el psicoanálisis. Esta aproximación transdisciplinar puede ser considerada como innovadora en la investigación cualitativa en ciencias sociales.

El trabajo de esta tesis se va a enmarcar acorde al siguiente recorrido. El primer capítulo aborda desde una perspectiva social los usos de BDZs para lo cual se consideró como relevante incluir el fenómeno de la medicalización y estudios del área social en relación a los psicofármacos de uso crónico y en específico de BDZs. Este capítulo permite orientar ciertas coordenadas para captar la amplitud y difusión del fenómeno, y aborda por un lado, la inclusión de los psicofármacos en la medicina moderna, la comprensión de la extensión de estos en la civilización y cómo se ha transformado en un problema de salud pública que afecta en distintos niveles, por lo que entrega un marco amplio que permite incluir aspectos sociales. El segundo capítulo comprende las concepciones psicoanalíticas de la angustia, puesto que durante el proceso recursivo de la investigación, y especialmente a raíz de los resultados, fue emergiendo en las entrevistas el problema de la angustia en los participantes, lo que estaría íntimamente ligado al uso del fármaco, si bien, el problema de la angustia impresiona en un primer momento como algo evidente, puesto que las BDZs son medicamentos con efectos ansiolíticos, la presencia en casos de uso a largo plazo de BDZs de la angustia llevó a que fuera necesario establecer elementos teóricos para analizar este fenómeno. El tercer capítulo concibe algunas teorías psicoanalíticas sobre la toxicomanía, puesto que es una importante línea teórica para comprender el fenómeno del uso crónico de BDZs, puntualizando conceptos que servirán como brújula en esta problemática, como son el goce autoerótico, los modos de goce y los efectos que puede tener una sustancia en un sujeto. Por último, el cuarto capítulo considera las concepciones psicoanalíticas sobre los psicotrópicos como objetos de la ciencia. La bibliografía psicoanalítica ha abordado el uso de los psicofármacos, proponiendo que la función de estos se asocia con los discursos sociales y los ideales de la época contemporánea. A

su vez, los fármacos aluden a la subjetividad y al cuerpo en el cual un fármaco va a habitar, de manera que los psicofármacos producen efectos desde los tres registros de Lacan, puesto que el sujeto está inmerso en el objeto. Luego del marco teórico, se realiza la presentación de la metodología utilizada en la investigación. A continuación se presentan los resultados del análisis estructural, para posteriormente abordar la discusión de los resultados y, finalmente se presentan las conclusiones de la investigación.

## CAPÍTULO I

### PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN Y TEORÍAS SOCIALES SOBRE PSICOFÁRMACOS

#### 1. Procesos de medicalización y psicofármacos.

Para enmarcar esta investigación, a continuación se revisará primero el concepto de medicalización, especialmente de medicalización en salud mental con el fin de comprender aspectos desde las diversas teorías sociales sobre el uso extensivo de psicofármacos en la sociedad actual. Luego se presentarán algunos estudios sobre el uso crónico de psicofármacos y sus efectos en los individuos, e investigaciones previas de los usos de BDZs, junto con la revisión de elementos de la sociedad moderna que promueven el uso de las drogas y fármacos.

##### *El concepto medicalización.*

La medicalización comprende a la institución médica como una institución que potencia formas de normalización a través de la estructura social, de la biopolítica y de diferentes intervenciones médicas, entre ellas, el uso de psicofármacos (Conrad, 1982; Foucault, 1996; Murguía, Ordorika & Lendo, 2016; Rose, 2012).

Ante todo, es necesario señalar que medicalización es un concepto sociológico vastamente utilizado desde de los años 1960s, destacándose por ser un concepto polisémico que incluye distintos significados y alude a procesos sociales muy amplios (Murguía et al., 2016). A modo general el término indica “hacer médico” (Conrad, 1992), sin embargo la definición más utilizada es la que aporta Conrad (2007) al definir medicalización como los procesos por los cuales problemas no médicos son definidos y tratados como problemas médicos, usualmente en términos de una enfermedad o de desorden.

A pesar de caracterizarse por poseer una perspectiva crítica, e incluso negativa sobre ciertas prácticas médicas, los procesos de medicalización son fundamentales para el análisis de la vida social moderna y los determinantes sociales de salud y posee un valor incalculable para los análisis de salud. Al mismo tiempo, los procesos de medicalización han aumentado acorde a los últimos estudios, los cuales señalan que la medicalización es un proceso dominante para un rango creciente de problemas humanos (Busfield, 2017; Conrad, 2007).

Uno de los desarrollos teóricos más relevantes sobre medicalización, son los aportes

de Michel Foucault, para quien la medicalización es una de las características fundamentales de la medicina moderna. Esta última habría tenido su mayor progreso desde el siglo XIX en adelante, momento histórico en que se separa del ámbito clínico y comienza a considerar aspectos sociales. Así, la medicina deja de funcionar en base a la demanda del paciente, la enfermedad y pasa a formar una extensa red que se va ampliando a todos los ámbitos de una sociedad (Foucault, 1996).

En “Historia de la Sexualidad”, Foucault (2007) propone a la medicina como un dispositivo de control social que analiza los comportamientos humanos para categorizarlos bajo la mirada normalizadora de la sociedad con el fin de restituir la normalidad. Para Foucault, el discurso médico es un discurso de poder en la medida que estas distinciones cumplen una función vigilante de la población al ser un rasgo característico de éste la distinción entre normalidad y anormalidad.

De esta forma, la medicina se impone como un acto de autoridad sobre los individuos a través de normas médicas, las cuales pasan a ser normas sociales, rol que antes era desempeñado por las leyes (Foucault, 1996).

Al igual que Foucault, Conrad sustenta que la medicalización ejerce un rol de control social por medio de la definición de la anormalidad y señala que los estados ejercen el control social hoy en día a través de la medicina, la que regula el comportamiento de los ciudadanos (Conrad, 1982; 1992).

Las enfermedades son una construcción social, definidas culturalmente y en un determinado entorno. No es posible separar el aspecto cultural de una enfermedad o de la anormalidad, aunque la medicina occidental se base fundamentalmente en causas biofisiológicas u “objetivas”. En este sentido, la definición es un aspecto esencial en los procesos de medicalización. Medicalizar tiene que ver principalmente con definir un problema en lenguaje médico (Conrad, 1982).

Una de las consecuencias de la medicalización es un exceso de patologización de los comportamientos, en el sentido en que se amplía la definición de anormalidad y se estrecha el rango de lo aceptable. De igual forma se definen nuevas categorías y soluciones médicas para los problemas de la vida, lo que tiene impacto especialmente en el área de salud mental, en donde habría mayor susceptibilidad a la medicalización gracias a una definición menos rígida

entre salud-enfermedad (Conrad, 1992; 2007).

Algunos autores critican a este respecto una sobre medicalización de la salud mental, que conlleva tratar los problemas humanos como trastornos. Esto implica patologizar los sentimientos, estandarizar ciertas formas de ser, lo que es interpretado como otra forma de “control”. Esta postura advierte que la medicina amenaza con la subjetividad individual a la vez que se reprueban las particularidades individuales (Natella, 2010; Parens, 2011).

Por su parte, los individuos son cada vez más demandantes y agentes frente a las soluciones médicas y presentan menor tolerancia al disconfort de sintomatología leve. Esto quiere decir que el fenómeno de la medicalización impacta en todos los actores de una sociedad (Conrad, 2007).

### ***Medicalización y psicofármacos.***

La medicalización en el área de la salud mental promueve consecuentemente el uso de distintas tecnologías médicas, dentro de las cuales se encuentran los psicofármacos (Conrad, 2007). Desde la mirada de la medicalización, los psicofármacos son tecnologías que aseguran el mantenimiento de normas y el *estatus quo*, al ser la medicina el principal agente restaurador de la sociedad (Conrad, 1992). Parens (2011) indica que hoy en día la medicalización hace referencia a la farmacologización de los pacientes.

La visión de la medicalización que recalca los aspectos negativos de los tratamientos farmacológicos puede ser tildada como «calvinismo farmacológico», paradigma sobre la psicofarmacología que alude a la excesiva desconfianza hacia los medicamentos y que sus beneficios generan al mismo tiempo efectos negativos (Klerman, 1970 citado en Parens, 2011). Esta visión, ocultaría una postura moral y una invisibilización del sufrimiento humano, en donde se juzga la necesidad de las personas por mejorar su calidad de vida (Parens, 2011).

Por otro lado, Nikolas Rose (2012) plantea la medicalización con un enfoque biopolítico del siglo XXI, que el autor define como una “política de la vida en sí”. El individuo de esta época es un agente activo en su salud, un ciudadano responsable en la modulación de sus afectos y de su desempeño. Mientras que en décadas anteriores los psicofármacos eran la forma de normalizar y controlar comportamientos desviados con la intención de ajustar a los ciudadanos en la sociedad, los psicofármacos hoy día son un sistema de control que el mismo

individuo ejerce sobre sí mismo, dejando de ser una función del estado. El control biopolítico se traspasa del estado hacia el individuo, y las tecnologías psiquiátricas y farmacéuticas son parte de la oferta a las que se puede echar mano para “corregir y mejorar la clase de personas que somos o queremos ser” (p. 66). En este sentido, los psicofármacos no tienen relación directamente con alcanzar la normalidad o cura, más bien, forman parte del sujeto que se quiere llegar a ser.

Acorde a lo anteriormente expuesto, la extensión del uso de los psicotrópicos puede ser entendida como una consecuencia de la medicalización (Conrad, 1992; 2007). Los medicamentos psicotrópicos evitan el malestar en las personas. Estas pastillas ayudan a suprimir el displacer, la frustración, y a su vez, desde una perspectiva económica, habría aumento en el rendimiento, éxito, etc. (Natella, 2010).

Por otra parte, la medicalización ha permitido que se introduzcan nuevos usos de tecnologías médicas por parte de los individuos. Dentro de estos nuevos usos se encuentran las llamadas «*lifestyle medicines*» o «medicinas para el estilo de vida». El Observatorio Argentino de Drogas [SEDRONAR] define a las medicinas para el estilo de vida como “aquellos medicamentos o drogas cuyo uso se enmarca en un amplio conjunto de valores y significados asociados al “estilo de vida”, un concepto fuertemente desarrollado en la posmodernidad, que impregna de sentido el proceso de constitución contemporánea de subjetividades” (2007, p. 15). Se trata de medicinas consumidas para el bienestar personal, la calidad de vida, performance social, y no utilizadas bajo la lógica de curación. Otros autores indican que se trata de medicamentos ubicados en una zona fronteriza entre salud y bienestar, entre pacientes y consumidores. Los psicofármacos forman una parte importante de estos medicamentos, al resolver dificultades que estarían entre un problema de salud, y la satisfacción de un deseo asociado al estilo de vida (Panini, Garraz, Teves, Giraudo & Calderón, 2015).

En esta línea, Ehrenberg (1995, 2000) concibe a la psiquiatría como un espacio que permite analizar la noción del sujeto psíquico según las distintas sociedades, en su afán de estudiar las relaciones del individuo y la-sociedad. Los aportes de Ehrenberg pueden servir de apoyo para entender los componentes sociales que facilitan la penetración de las *lifestyle medicines* en la vida cotidiana, la importancia de éstas en la sociedad y el rol que juegan en la noción del sujeto actual.



El mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, lleva a Ehrenberg (2000) a postular el fenómeno de la “banalización” del uso de psicotrópicos. Esto ya habría pasado en la década de 1970 con las benzodiazepinas, las que perdieron su estatus de medicamentos para curar una enfermedad y pasaron a ser un medicamento de uso doméstico para problemas cotidianos.

Ehrenberg (1995, 2000) destaca la individualización en las sociedades contemporáneas y el declive de la institucionalidad, por lo que una de las principales características de las sociedades democráticas es la imperiosa necesidad de cuidar de sí mismo y el devenir “ser uno mismo”. Si antes el modelo a seguir era el hombre hedonista, desde los años 80s el modelo a seguir es la figura del «empresario de sí mismo», un individuo en búsqueda de su propia identidad. A su vez, en las sociedades modernas decaen las referencias externas que en épocas anteriores hacían a los sujetos devenir sujeto, como la conformidad con las tradiciones, la religión, las prohibiciones, la disciplina. Las normas dejan de ser colectivas y pasan a ser individuales. Por consiguiente, las instituciones colectivas y públicas trasladan cada vez más las responsabilidades al individuo (Ehrenberg, 1995; 2000).

Lo anterior repercute en el sujeto moderno y su malestar, puesto que el objeto causante de padecimientos es, por sobre todo, él mismo. El individuo moderno cuando sufre, sufre de sí mismo, y no por un objeto externo (Ehrenberg, 2000). Ser uno mismo conlleva una responsabilidad e iniciativa; asimismo, la autoestima será un aspecto clave de la vida social en sociedades individualistas, pues exigen el constante mejoramiento de uno mismo (Ehrenberg, 1995). Los planeamientos sobre los factores sociales como explicación del uso de *lifestyle medicines* de este autor van de la mano con los de SEDRONAR.

La banalización de los psicofármacos junto con la utilización de estos como *lifestyle medicines* es comprendida desde un contexto social en el cual prima la individualidad y se rige por ideales de socialización y potenciación de los recursos personales, que en conjunto con el desplome de las instituciones sociales y referencias externas normativas, obliga a la construcción del sí mismo. En esta trama, los psicotrópicos fortalecen la adaptación del individuo y su integración social, siendo herramientas útiles que fomentan la instrumentalización del sí mismo para distintos fines (SEDRONAR, 2007).

Los factores que promueven la sobreutilización de psicofármacos a nivel social, tienen

que ver con cumplir expectativas de la sociedad, “con estar a la altura”. La nueva subjetividad enfatiza la iniciativa personal y proactividad por sobre otros valores, lo cual es similar al ciudadano responsable de sí mismo que señalaba Rose (2012).

## **2. Uso crónico de psicofármacos.**

A continuación, se mostrarán algunos estudios cuyo objeto es la ingesta de psicofármacos de forma crónica por parte de los usuarios. Antes que nada cabe recalcar que no hay consenso sobre un tiempo establecido para indicar el uso de un psicofármaco como crónico. Algunos autores señalan que al año se puede hablar de cronicidad (Haafkens, 1997) mientras que otros hablan de dos años (North, Davis & Powell, 1995). La cronificación de los tratamientos y los riesgos de dependencia a los psicofármacos ponen a la psiquiatría en una situación en que se ha visto atrapada desde la creación de los psicotrópicos según Ehrenberg (2000).

Baillie (2001, citado en Le Moigne, 2008), argumenta que los consumos crónicos de fármacos y dependencia a estos, son el resultado de complejas elaboraciones mentales que el paciente desarrolla a lo largo del tratamiento. Primeramente, existe una decisión personal por continuar con el tratamiento farmacológico, en donde el sujeto termina persuadiéndose que no hay más alternativa que el uso del fármaco, aun sabiendo que puede llegar a depender de éste. De este modo, se encierra en una relación entre él y el medicamento que oscila entre continuar con el tratamiento y el deseo de prescindir de este.

Posteriormente, a mayor preocupación y ocupación del producto, su consumo pasa a ser objeto de una intrincada organización psíquica, en la que surge la ritualización y que condensa una parte esencial de las inversiones mentales y comportamientos del sujeto. Esto termina por obstaculizar el “destete” del fármaco y en la prolongación del consumo (Baillie, 2001, citado en Le Moigne, 2008).

Quienes suelen tener trayectorias largas de consumo de psicofármacos son descritos como “depresivos” desde una orientación psicopatológica. Desde la perspectiva de las adicciones, que es la lógica en que Le Moigne presenta el uso crónico de psicofármacos, estos individuos presentan rara vez el fenómeno de “tolerancia” o una “búsqueda compulsiva” de la sustancia, características del abuso de drogas. Sin embargo, con la discontinuación del medi-

camento emerge malestar psíquico y fisiológico, que obliga -en muchos casos- a retomar la medicación, lo que responde al síndrome de abstinencia. En definitiva, el factor clave en el uso crónico de psicotrópicos sería el síndrome de abstinencia. De esto se desprende que el objeto medicamentoso es potencialmente un objeto iatrogénico (Le Moigne, 2008).

Le Moigne (2008) añade que si el uso crónico corresponde a usuarios cuyo uso es por una causa externa o ambiental, el uso del psicofármaco es menos conflictivo y hay mayor legitimidad y tolerancia social respecto su utilización. En cambio, cuando el consumo crónico obedece a causas internas, el consumo es conflictivo para el sujeto y consumiría muchos recursos mentales en el usuario. La cronicidad no resulta ser problemática si no hay expectativas de mejoría.

En los usos crónicos se evidencia que el medicamento tiene el poder que les gustaría tener a los usuarios por sí mismos. Aunque no haya una búsqueda constante de la sustancia como en la adicción, si es similar en el sentido en que los usos problemáticos de psicotrópicos tienen una búsqueda de uno mismo en un objeto, delegando el poder absoluto en un producto (Le Moigne, 2008).

Finalmente, cabe remarcar que el consumo crónico de psicotrópicos no es anodino. A través de historias de vida y observación de pacientes con enfermedades mentales, Jenkins (2011) concluye que existen cinco paradojas en quienes usan psicofármacos de manera crónica. La primera de éstas es la creencia de una recuperación sin cura de la enfermedad, pese a haber una mejora sintomática y menor gravedad de los episodios. La segunda paradoja tiene que ver con convivir con el estigma de poseer una enfermedad mental, a pesar de estar “recuperado”. La tercera contradicción emerge del enfoque de las neurociencias, en donde la enfermedad mental es vista como enfermedad biológica, lo que se enfrenta con el mandato neoliberal de “responsabilidad” y “autoconstrucción” del sí mismo. En cuarto lugar, aparece la paradoja asociada a los efectos adversos, en donde los pacientes con trastornos mentales deben escoger entre estar sanos o tener sexualidad, o tener obesidad, por ejemplo. La última paradoja señala que si bien las pastillas ayudan a los pacientes, estos no solo requieren de fármacos, sino de otras instancias terapéuticas como grupos de autoayuda, psicoterapia, trabajo comunitario y cambios estructurales en la sociedad.

Jenkins (2011) precisa que estas mismas paradojas pueden generar en sí mismas locu-

ra y sufrimiento en quienes padecen la enfermedad y en sus seres cercanos.

### **3. Drogas sin adicción. Adicción sin drogas.**

Para Solal (2004), tanto las sustancias lícitas como ilícitas siguen lógicas parecidas. Este autor compara el uso de psicotrópicos con el consumo de sustancias ilícitas, equiparando los efectos de ambos, arguyendo que cada vez más los psicotrópicos son utilizados con menos fines terapéuticos y más con fines de adaptación para sujetos los marginales de las sociedades. Paralelamente, los usuarios de drogas “duras” (opioides, cocaína, etc.), se mantienen cada vez más socializados, cada vez más dentro de un uso de registro imaginario y de la performance. Se expande la noción de sustancias, tanto la heroína como los tranquilizantes pueden ser pensados desde un componente de sociabilización o como productos de superación personal (Ehrenberg, 1995).

De esta forma, cambia el imaginario social por uno en el cual consumir sustancias no se corresponde necesariamente con adicción. Existirían diferentes prácticas de consumo, entre ellas, practicas socializadas de drogas duras para aumentar el rendimiento laboral o para la superación personal. Con las drogas del confort se extiende la noción de “drogas” y se borran los límites entre drogas lícitas e ilícitas, de forma que se pueden pensar las drogas sin adicción y la adicción sin drogas (Ehrenberg, 1995).

Repensar este imaginario fue posible gracias a ciertos aspectos contextuales de los años 80s. Entre ellos, el excesivo uso de tratamientos psicotrópicos durante esa década, caracterizado por una sociedad excesivamente farmacologizada, en que el uso de psicotrópicos era pensado desde la comodidad y el confort, más que de salud. Esta fue una entrada para ver el uso de las drogas ilícitas desde una visión menos demonizada, como ocurrió con la banalización del uso de la marihuana. Asimismo, el imaginario social comienza a pensar la figura del drogadicto como alguien que vela por su bienestar psíquico, a modo de «automedicación».

Ehrenberg (1995; 2004) posiciona a la droga como un marcador antropológico el cual permite representar a la sociedad. La visión de peligrosidad que conlleva la droga es algo relativo, que tiene más que ver más con lo cultural y menos con lo farmacológico. El imaginario de la droga es construido culturalmente. La panorámica que entrega entonces es un llamado a desmitificar el imaginario y representaciones asociadas al consumo y abuso de sustancias que

subrayan la decadencia y salida del toxicómano del lazo social (Ehrenberg, 2000).

Cuando se deja de pensar mediante el imaginario de la droga, aparecen las prácticas y los usos de los individuos. Los usos de las drogas responden a la necesidad de auto modificación y se enlaza con la búsqueda de bienestar, a modo de «automedicación» (Ehrenberg, 1995).

Siguiendo con lo anterior, Fatela (2004) menciona que las sustancias producen efectos según el contexto. Las propiedades de una droga son las que el consumidor entrega al producto químico y los usos que se le den a estos.

Para Fatela (2004), la toxicomanía, independiente el grado de dependencia del sujeto, “constituye un acto de sujeción voluntaria de un individuo no tanto a un producto, sino a un modo de vida en torno a la búsqueda frenética de productos. Más que productos químicos, el drogadicto consume productos imaginarios” (p. 50), lo que implica un cambio en relación a las sociedades respecto al uso de la droga según el tipo de sociedad. En las sociedades tradicionales, la comunidad, el grupo social era el que entregaba el significado al uso de drogas. En las sociedades modernas, el individuo extrae de la droga lo que desea rescatar y lo que le pueden aportar a él en particular de acuerdo al uso otorgado, “manipulándolas a su antojo, desviándolas de sus propios fines, consumiéndolas como lo entiende” (Fatela, 2004, p. 53). Al igual que las drogas, los medicamentos potencian ciertos efectos, que el mismo sujeto deposita y extrae de una sustancia.

No habría diferencia entre drogarse y tratarse. Hoy en día se cree que los psicofármacos rescatan al sujeto y lo potencian a ser “uno mismo”. El análisis de Ehrenberg es el de un pasaje desde medicamentos para enfermos, a medicamentos que facilitan la vida de las personas (2000). La propuesta aquí es ver las drogas como una tecnología que permite diferentes usos, cuya fin sería siempre el mismo, la modificación del sí mismo, ubicando en el mismo nivel los psicotrópicos como las drogas duras (Ehrenberg, 2004).

En definitiva, las drogas en todo su amplio espectro, serían fundamentales en la sociedad actual. Permiten convivir en las sociedades modernas, sosteniendo el equilibrio psíquico de muchos sujetos. Las drogas son el “artificio” para fabricar individuos. El uso de las drogas tienen que ver más con encontrar “confort interior” y el “hacerse cargo” que las sociedades actuales imponen (Ehrenberg, 2004). Así, drogas sin adicción, adicción sin drogas es la fór-

mula que se promulga desde las sociedades modernas, en donde se borran las categorías y los límites entre drogas duras, ilícitas, psicotrópicos, y todas estas son tecnologías usadas con un fin, el que el sujeto deposite en dicho objeto.

#### **4. Teorizaciones sociales sobre Benzodiazepinas.**

A continuación se hará una breve revisión de las investigaciones sobre el uso de benzodiazepinas desde el enfoque de las teorías sociales.

##### ***Medicalización de lo social.***

El uso de las benzodiazepinas acorde a Koumjian (1981) es una forma de control social desde tres diferentes concepciones. En primer lugar, al hacer una redefinición de los problemas sociales como problemas médicos. Si bien la institución de la medicina se piensa objetiva y libre de juicios de valor, en realidad, las decisiones médicas conllevan juicios morales y valóricos, que refuerzan la estabilidad de la sociedad y su *estatus quo*. Así, existiría una mayor tendencia a redefinir ansiedad como anormal en las personas que demandan atención médica por problemas sociales, como aislamiento, soledad, separaciones de pareja, etc. Detrás de esta tendencia, estaría la creencia que la ansiedad es algo completamente individual producto de un conflicto intrapsíquico (Koumjian, 1981).

La segunda creencia que avala que las benzodiazepinas funcionan como control social se vincula con asumir que los tranquilizantes menores sirven para una gran cantidad de sufrimientos humanos inespecíficos, siendo utilizadas para aquellos vacíos en donde no hay explicación para la sintomatología, como sucede en los síntomas ansiosos o somáticos (Koumjian, 1981). Esto se ratifica con lo expuesto por Le Moigne (2009), quien señala que en las consultas de morbilidades somáticas, la queja psíquica se entremezcla con la queja somática. La prescripción de psicofármacos de los médicos se trata más bien de la gestión del malestar que la curación de un diagnóstico o psicopatología en sí.

Finalmente, la prescripción de BDZs funciona como control social al pensar que el medicamento actúa directamente en la sintomatología ansiosa, sin generar alteraciones a nivel fisiológico, interpersonal o subjetivo del individuo. Según este autor, la medicina moderna hace dependiente a las personas del sistema médico, pues en la medida en que los problemas sociales no cambian, los síntomas volverán a repetirse (Koumjian, 1981). La consecuencia de

la medicalización de lo social a través de estos fármacos es la obstaculización de los cambios sociales o estructurales que son las causas de la sintomatología en las personas. Preservar el orden social por medio de estas tecnologías, puede tener el costo de sobrellevar una adicción a BDZs o llevar una vida de insatisfactoria para los sujetos (Koumijan, 1981).

Cooperstok & Lennard (1979) realizan un estudio que intenta dar una explicación para el uso crónico de BDZs, el que también enlaza el fenómeno con la medicalización de lo social. Según este estudio, al ser identificadas como una solución para los “problemas de la vida”, las BDZs tienen mayor probabilidad de ser recetadas a largo plazo. En el caso de las mujeres, las razones iniciales de indicación en su mayoría estaban vinculadas con mantener un rol o roles que encontraban intolerables sin el medicamento. Los roles comúnmente discutidos fueron roles tradicionales de “esposa”, “madre”, “dueña de casa”, “cuidadora”, roles considerablemente conflictivos para las mujeres debido a las exigencias y demandas que este papel les solicitaba. En muchos casos la ingesta de tranquilizantes se inició con el nacimiento de los hijos, debido a las tensiones físicas y emocionales de esa etapa vital. Otros problemas referidos fueron sostener un matrimonio en conflicto, “soportar” comportamientos intolerables del cónyuge, como alcoholismo o violencia doméstica. Las mujeres en este estudio no tenían otra alternativa que tener que ejercer este rol, aumentando su sentimiento de impotencia.

Por su parte, en el caso de los hombres el uso continuado de BDZs fue iniciado por conflictos laborales, o por la necesidad de contener síntomas somáticos para desempeñar un papel ocupacional. Los hombres sentían la tensión en un conjunto de síntomas somáticos provocados por estrés laboral o por autocríticas sobre su desempeño laboral, como autoexigencia y nunca era visto como conflictivo el rol de esposo o de jefe de hogar en estos sujetos. Esto refuerza la medicalización de lo social en el sentido en que los síntomas de ansiedad serían producidos por diferentes situaciones según el género (Cooperstok & Lennard, 1979).

La conclusión de estos autores es que los tranquilizantes ayudarían a mantener los sistemas familiares en tensión o en un precario equilibrio (Cooperstok & Lennard, 1979). A modo general, las mujeres indicaban situaciones de tensión extrema de roles, incapacidad para cumplir con las expectativas de roles tradicionales, sintiendo culpa y dificultad para expresar su insatisfacción al respecto, mientras que los hombres tienen más opciones frente a los roles que desempeñan.

Por su parte, en Francia y Europa los ansiolíticos e hipnóticos son utilizados principalmente por población de bajo estrato social y menos años de estudios académicos. Mientras que los fármacos a modo general son usados principalmente por población con mayores ingresos, mayor cantidad de años de estudios académicos y con mayor jerarquía en la estructura social (Le Moigne, 2000), lo cual refuerza la idea que las BDZs son utilizadas como una respuesta frente a problemas como precariedad y desigualdad social.

Es preciso consignar aquí un matiz indicado por Le Pen (2004) quien sostiene que las cifras de consumo de tranquilizantes hablan más de un alto sufrimiento humano que de la estructura social o política. Evaluar las elevadas cifras de uso de BDZs bajo la lógica de “medicalización social” evidencia un juicio moral sobre el sufrimiento psíquico, en dos sentidos.

Primero porque se sentencia a las personas al referirse al uso de tranquilizantes como “farmacologización” de problemas sociales, que se anestesian problemas psíquicos. La visión negativa y el rechazo manifiesto de las sociedades sobre la ingesta excesiva de medicamentos va más allá de la medicalización de lo social, y tiene que ver con el estatuto del dolor psíquico en las sociedades occidentales, en donde los dolores psicológicos son percibidos como deficiencia personal. Así mismo, se piensa que las personas que ingieren psicofármacos se desresponsabilizan de sus problemas, lo cual no ocurre con las enfermedades de causa orgánicas, que gozan de plena legitimidad y no se pone en tela de juicio la utilización de analgésicos, a modo de ejemplo (Le Pen, 2004). Llamar “medicamentos del confort” a los tranquilizantes menores es deslegitimar el sufrimiento, y evidencia el rebajamiento que tienen los problemas de salud mental en la sociedad.

El segundo juicio moral está relacionado con las respuestas políticas. Las sociedades occidentales han realizado una distinción taxativa entre el espíritu y el cuerpo, y consecuentemente se piensa que la enfermedad psíquica debe ser tratada mediante psicoterapia, la enfermedad orgánica mediante fármacos y los problemas sociales deben tener respuestas sociales. Le Pen (2004) sostiene que es un mito que estas enfermedades deban ser tratadas así o en todo caso, los tratamientos no son excluyentes: un tratamiento farmacológico no excluye un tratamiento psicológico, puede haber un continuo de respuestas de distinta naturaleza.

Reforzando lo planteado por Le Pen, Le Moigne (2009) agrega que la administración de psicotrópicos por parte del médico permite visualizar el dolor y sufrimiento de los pacien-



tes, malestar que por medio de la prescripción adquiere el estatuto necesario para legitimar un malestar. Existe una continuidad entre las prescripciones de psicotrópicos que tiene que ver con la salud y el bienestar, y con lo difuso que es a veces el malestar expresado por los pacientes. La prescripción de psicofármacos tiene que ver con gestionar el malestar del paciente, lo cual es una legítima labor médica.

Los estudios presentados anteriormente por un lado refuerzan la hipótesis de medicalización de problemáticas sociales, en donde el uso crónico de BDZs oculta la reproducción del orden social tras una aparente terapéutica. El fármaco funciona como anestésico para las clases sociales marginales, y facilitan la reproducción del sistema social. Por otro lado, autores como Le Pen y Le Moigne indican que explicar el elevado uso de BDZs como farmacologización de problemas estructurales implica desmentir el dolor psíquico de las personas en la sociedad, deslegitimar el malestar, lo cual estaría asociado a la subestimación de la salud mental. Por su parte, Koumjian (1981) evidencia una de las principales críticas sobre la medicalización de los problemas sociales, donde el foco está puesto en lo individual, lo que obstaculiza cambios estructurales (Conrad, 1982). Igualmente, el uso continuado de BDZs se puede explicar como un mecanismo adaptativo a un papel insatisfactorio, o para hacer frente a conflictos no resueltos, y la mantención de sistemas familiares, y está asociado a temáticas de género (Cooperstok & Lennard, 1979).

### ***Agencia y benzodiazepinas.***

Uno de los debates que cobran fuerza en cuanto a medicalización se trata, obedece a la agencia de las personas respecto los procesos de medicalización. Al respecto, Parens (2011) enfatiza que la medicalización es un proceso que puede ser impulsado por distintos actores sociales, incluidos pacientes, familiares, etc. Murguía et al. (2016) recalcan el componente activo de los individuos frente al modelo hegemónico de salud, reconociendo la capacidad reflexiva y de agencia de estos, ya sea que estos promuevan o se resistan a la medicalización.

De aquí que habría una reevaluación del control social ejercido por la medicina y de la capacidad de agencia de las personas en los procesos de medicalización. El consumo de BDZs descrito en los apartados anteriores ha sido visto como tecnología de control social. En esta sección, se pone en tensión la concepción de sometimiento médico, mostrando cómo los sujetos son agentes en el uso de estos fármacos.

En efecto, Haafkens (1997) realiza una investigación en mujeres con uso a largo plazo de BDZs. La autora muestra cómo los medicamentos ayudan a estas mujeres a convivir con sus problemas de salud mental, mientras que por otro lado, los estudios sobre las benzodiazepinas realzan la pérdida de autonomía en sujetos que dependen del sistema de salud (Conrad, 1982; Komjian, 1981; Natella, 2010; Panini et al., 2015).

El estudio revela cómo las mujeres ejercen control en su discurso sobre sus síntomas en las consultas médicas para que el médico les recete BDZs y lograr abastecerse del fármaco. Otra conducta de agencia que revela el estudio se vincula con mantener oculto el uso de BDZs, lo que se explica por la reprobación social del consumo a largo plazo de estos fármacos y el miedo que el médico deje de prescribírselos (Haafkens 1997).

Las mujeres silencian el consumo del medicamento, ya que así sienten libertad de continuar su uso, lo cual es imprescindible para hacer frente a sus problemas y para tener el control de sus vidas. El ajuste de las dosis por parte de las pacientes es asimismo una afirmación de la salud. Sin embargo, otro grupo de mujeres percibían no tener el control en el uso de los fármacos. Estas últimas, generalmente, tendían a hacer aumento de sus dosis. De igual forma, existiría autonomía en este grupo de mujeres que tienen la tentación de aumentar dosis, pues aunque el medicamento tiene poder sobre ella, ella lo puede manejar con el ajuste de dosis (Haafkens, 1997).

En conclusión, el estudio de Haafkens (1997) muestra la medicalización como una decisión propia de estas mujeres, que las autoafirma, y que si bien “farmacologizan” su sufrimiento, al medicamento se lo percibe como agente liberador, no como medio de control. Las BDZs son un recurso importante que les entrega poder, es un medio para controlar su vida. Estas pacientes ejercen agencia desde diferentes posiciones: realizando ajustes farmacológicos, en el discurso y descripción de sus síntomas, y manteniendo oculto su uso.

La investigación de North, Davis & Powell (1995) también entrega luces respecto la posición de agencia en personas con uso prolongado de benzodiazepinas. El estudio asevera que la gran mayoría de los usuarios habrían comenzado a consumirlos por una crisis vital que significó alto estrés. Al inicio del consumo, los usuarios fueron escasamente agentes, habiendo sido sugerido por iniciativa médica. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los médicos otorgaron a los pacientes alto grado de autonomía para administrar sus dosis en relación a la

agudeza de síntomas.

Los usuarios de benzodiazepinas son activos con sus tratamientos y toma decisiones respecto a estos. Son sujetos que sopesan las desventajas y ventajas de ingerir o no las BDZs, tales como dependencia, potencial de alienación con el medicamento, etc., en donde la gran parte de los pacientes habían decidido que era más beneficioso ingerir BDZs. La relación de los pacientes con la medicación es activa, dinámica y de adaptación/ ajuste. Los usuarios calculan el nivel de sus dosis acorde a sus síntomas. Únicamente los pacientes en rehabilitación del fármaco evaluaban como negativo y destructivo el consumo de estos fármacos. Pese a todo, a largo plazo, la adaptación entre los sujetos y sus síntomas se fue agravando a causa de la medicación y los sujetos terminaban ingiriendo dosis cada vez mayores (North et al., 1995).

Si bien el proceso de medicalización es evidente en estos usuarios, pues se trata de sujetos que están aplicando tecnologías médicas a largo plazo, North et al., (1995) advierten que se trataría principalmente de una autorregulación realizada desde los sujetos y no una dominación de control hacia ellos.

Este estudio, al igual que el de Haafkens (1997), concluye que, a diferencia de lo que se dice regularmente sobre el uso de BDZs como un medio de control social, el uso del fármaco habla de una autorregulación y autogestión en la que se es agente activo y dominante en la relación con los médicos (North et. al, 1995).

Es preciso consignar aquí que ambas investigaciones dejan al margen el sistema de salud y entregan una visión de autonomía y dominio por parte del sujeto en cuanto a su salud posicionando el consumo de fármacos como algo beneficioso, a la vez que, al insistir sobre la apropiación del proceso terapéutico se distancia del discurso psicopatológico.

Sin embargo, recalcar la posible autonomía que brinda el uso crónico de BDZs puede difundir la imagen de una de gestión armoniosa con las drogas, obscureciendo la relación conflictiva del usuario con consumo crónico y su fármaco (Le Moigne, 2008). Quienes consumen psicotrópicos a largo plazo presentan conflictos en identificar realmente el objetivo terapéutico del fármaco y generalmente manifiestan una gestión conflictiva del uso de fármacos (Le Moigne, 2008). Además el uso del fármaco genera la ambivalencia entre el mejoramiento del sí mismo y el sometimiento al producto. Por otro lado, cuando el uso es crónico, el sujeto debe actualizar constantemente la forma de explicar su consumo, lo que hace por medio de ex-

plicaciones somáticas, ambientales, falencias personales, etc., lo cual puede llevar a una personalización del fármaco significativa que hace que se legitime totalmente el uso del psicotrópico por parte del médico y del entorno.

### ***Benzodiazepinas como Lifestyle medicines.***

Acorde al estudio de SEDRONAR (2007), los psicofármacos más utilizados en Argentina son las benzodiazepinas, debido a su uso normalizado y a que presenta mayor banalización. Ciertos usos de benzodiazepinas pueden ser categorizados como *lifestyle medicines*, especialmente al ser utilizadas para superar problemas de la vida cotidiana y estrés del día a día y cuando no son prescritas por una figura médica (Panini, et al., 2015).

Este estudio concluye con tres distintos tipos de representaciones sociales asociados al uso de psicotrópicos como *lifestyle medicines*. Si bien esta investigación describe imaginarios para el uso de psicofármacos en general, y no exclusivo de BDZs, los resultados entregan una mirada del uso de psicofármacos cercana a la realidad chilena.

Uno de estos imaginarios es el “imaginario del rendimiento”, en el cual la utilización del psicofármaco está asociada a potenciar la socialización exterior. La utilización del fármaco es instrumental, pensando en el éxito en la esfera pública. El consumo oculta el temor a mostrar algún «déficit» hacia el mundo exterior y el uso obedece completamente a la performance social.

El segundo imaginario es el “de supervivencia”, en el cual el fármaco ayuda a construir un límite entre el espacio público y el doméstico para que los problemas de afuera no se mezclen en la esfera íntima. El medicamento reporta bienestar en la medida en que el sujeto “sobrevive” al contexto externo y recupera la tranquilidad perdida en el mundo exterior.

El tercer imaginario social es el de “dependencia afectiva”, y se observa especialmente en mujeres cuyos conflictos están principalmente en los vínculos primarios y cuya esfera pública es mínima. El principal conflicto es la dependencia afectiva con la familia, de modo que se busca “estar bien” para que los otros “estén bien” y reciban los beneficios indirectamente del psicotrópico. Las personas con esta representación social verbalizan constantemente mandatos femeninos que priman en sus interacciones y en su rol con los otros, y el fármaco es utilizado bajo estos fines (SEDRONAR, 2007).

### *Simbolismos y expectativas en el uso de benzodiazepinas.*

Como se vio anteriormente, el uso continuo de BDZs no se puede explicar por completo desde el nivel farmacológico, puesto que el efecto de estos deja de operar después de las primeras semanas de uso (Cooperstok & Lennard, 1979; Helman, 1981; Leibing, A. & Collin 2013). Una manera de analizar el consumo a largo plazo de BDZs tiene relación con una mirada antropológica en relación a la función simbólica de los medicamentos.

Pese a ser objetos de intercambio y producción a nivel masivo, los fármacos se encuentran entre los objetos más íntimos de las personas; estos objetos son ingeridos y absorbidos por los propios sujetos, lo que los hace poseer significados personales muy profundos (Whyte, Van der Geest, & Hardon, 2002).

Habría una ambigüedad respecto a los efectos y propiedades farmacológicas de las benzodiazepinas. Muchas personas continúan utilizando BDZs, incluso a veces desde el temor o de una visión negativa, a pesar del desprestigio que poseen y de que existan efectos adversos claramente percibidos por sus consumidores. En consecuencia, el uso de estos se debe explicar por sus “efectos” que hacen que pese a todos estos riesgos, sea más riesgoso experimentar otras vías de curación (Leibing & Collins, 2013).

Ingerir drogas afecta no solo en un nivel biológico. Ingerir drogas crea nuevas asociaciones explicativas sobre la enfermedad, el cuerpo y nuevas explicaciones sobre el diagnóstico de la persona, lo que repercute en sensaciones corporales. De manera que el efecto clínico de la medicación no es una propiedad física, pero sobreviene en una propiedad física. El efecto va más allá de algo simbólico, ya que produciría cambios fisiológicos (Ashcroft, 2002, citado en Leibing & Collins, 2013). Esto quiere decir que el efecto de una pastilla esta moldeado por quien la ingiere. Para graficar esto, Leibing & Collins (2013) advierten sobre el distinto efecto que tiene un fármaco dependiendo si lo ingiere un hombre o una mujer; en una situación así, las expectativas del fármaco serán completamente diferentes. Frente a la ingesta de un fármaco, un cuerpo puede devenir en un cuerpo reactivo y modelado en función de estas expectativas.

A su vez, existiría un fuerte componente simbólico o de placebo en todas las drogas que prescribe un médico. Pese al avance tecnológico de la medicina moderna, el componente simbólico sigue estando presente de manera poderosa hasta hoy, y los medicamentos no se

han desenganchado de esta significación social y cultural (Pellegrino, 1976). Una droga que es prescrita por más de dos años presenta un alto componente simbólico en su ingesta, por lo que un porcentaje alto de prescripciones se realizan para pacientes simbólico-dependientes. El psicotrópico tiene “efectos acumulativos”, en el sentido que el paciente espera obtener los mismos efectos que la vez anterior, factor crucial en el desarrollo de una dependencia psicológica (Joyce, 1969, citado en Helman 1971). En pacientes con dependencia a psicotrópicos este componente simbólico es clave (Parish, 1971 citado en Helman, 1981).

En el caso de las BDZs, cuyo efecto farmacológico se agota rápidamente, el uso crónico es reemplazado por un importante elemento simbólico, especialmente si la droga se utiliza de forma regular (Tyrer, 1978, citado en Helman, 1981). La gran mayoría de los pacientes no sienten ningún efecto del uso de BDZs, lo que es conceptualizado desde factores simbólicos y placebos otorgados a la droga. A su vez, algunos usuarios de largo plazo de BDZs reducen los efectos farmacológicos y adjudican sus efectos principalmente como “psicológicos”, lo que se relaciona con una forma de recuperar autonomía y disminuir la sensación de dependencia al fármaco (Helman, 1981).

Para Pellegrino (1976) existiría un poderoso simbolismo en el impulso inherentemente humano de tomar “algo” cuando hay malestar. Este sería el simbolismo primario común a todos los medicamentos. Este impulso se entrelaza con elementos mágicos, científicos, racionales, religiosos y empíricos, los cuales han estado presentes en todas las civilizaciones antiguas, y siguen estando vigentes. En definitiva, los significados investidos en la droga pueden explicar que a un medicamento le sea transferido distintas significaciones, aunque no estén comprobadas sus funciones curativas. No hay remedio sin funciones curativas y este es el caso de muchas sustancias psicotrópicas, en donde el efecto farmacológico está subordinado a las funciones simbólicas (Pellegrino, 1976).

A partir de la revisión bibliográfica presentada en este capítulo, es posible concebir el uso crónico de BDZs desde la medicalización, en donde la literatura destaca la agencia por parte de los usuarios de este fármaco. El uso de BDZs es una forma de establecer control sobre el “sí mismo”, en base a la autoconstrucción y modificación de uno mismo, no como un control desde el dispositivo médico.

Las investigaciones sociales sobre el uso a largo plazo de BDZs, pueden comprenderse

desde el sufrimiento psíquico en estos sujetos, en donde las pastillas son una tecnología que resignifica el malestar humano, otorgándole un lugar importante al padecimiento del alma. Habría un juicio moral y reprobación hacia el uso de los psicofármacos, y especialmente, hacia las BDZs, lo que devela la invisibilización del sufrimiento psíquico en las sociedades occidentales, en contraste con el dolor físico. Por otro lado, el uso de tranquilizantes permite ser pensadas como *lifestyle medicines* y desde la banalización en el uso de estas, habiendo una tensión teórica entre estas concepciones.

Es relevante también la consideración de la medicalización de factores sociales. De esta forma, la medicina puede evaluar la sintomatología ansiosa como algo individual sin considerar variables sociales. El costo para las personas, al poner el problema en lo individual como patología, es obstaculizar otras respuestas más allá de la respuesta farmacológica y la dependencia a las BDZs. A su vez, se observa que el uso crónico de psicofármacos es conflictivo y se asocia a una serie de paradojas en los sujetos en términos de cómo se explican el uso del medicamento, la relación con el fármaco y el concepto de sí mismo.

## CAPÍTULO II

### CONSTITUCIÓN DEL SUJETO Y EL OBJETO DE LA ANGUSTIA

#### 1. La angustia en Freud.

Freud en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) modifica lo que había postulado hasta entonces sobre la angustia. Freud sostenía que la angustia se producía a partir de la libido reprimida, que con la represión mudaba automáticamente en angustia, por lo que consideraba a la angustia como el factor económico involucrado en este proceso. A partir de este texto, para Freud el yo es el almacén de la angustia, la cual sólo es registrada por el yo y no por el ello, puesto que el ello no tiene la organización para generarla. El yo produce la señal de angustia con el fin de influir sobre la instancia placer-displacer frente a un peligro inminente.

#### *Pérdida de objeto.*

La angustia es un estado afectivo relacionado con acciones de descarga, cuyos principales síntomas tienen relación con los órganos involucrados en la respiración y el corazón. El origen de la angustia como señal de peligro no se explica por el arquetipo del nacimiento, sino como reacción frente al estado de peligro en el nacimiento, puesto que en él se experimenta la pérdida de objeto, la cual, como peligro, es explicada biológicamente por Freud (1926).

Freud (1926) argumenta que el feto tiene todas sus necesidades satisfechas antes de nacer. A raíz del nacimiento, el peligro tiene que ver con que el niño es totalmente impotente, desvalido frente a las reacciones y tensiones corporales porque la madre es quien lo asiste en todas sus necesidades. Cuando estas no están satisfechas, se experimenta peligro y por tanto aumenta la tensión y se es incapaz de cambiar su entorno. Entre la vivencia del nacimiento y la situación del peligro “lo común a ambas es la perturbación económica por el incremento de las magnitudes de estímulo en espera de tramitación; este factor constituye, pues, el núcleo genuino del «peligro»” (p. 130). La experiencia peligrosa que el niño tiene es la situación económica psíquica, y es frente a esto de lo que el niño se defiende mediante la angustia.

La señal de angustia revela el desvalimiento psíquico, que en la temprana infancia es también desvalimiento biológico. La señal se produce inmediatamente en cuanto siente que sobreviene la situación temida de aumento de tensión. El momento de desvalimiento psíquico es relacionado con el momento de total falta de autonomía y de inmadurez yoica. La función



de la angustia es la de ser una señal cuyo fin es la evitación de una situación de peligro.

La angustia como reacción frente a la ausencia del objeto en el niño se exterioriza cuando se encuentra solo, en la oscuridad, y cuando encuentra a un extraño en lugar de la madre, casos en que se extraña a la persona amada. El niño al no encontrar a la madre la va a investir alucinatoriamente, lo cual al no producir ningún resultado en la realidad exterior, esta añoranza por la madre va a trocar en angustia. Así, la angustia producto de la separación con la madre es, en un primer momento, justificado por Freud (1926) desde un plano biológico, pero luego se transforma en un evento que repercute psíquicamente al niño, al pasar a ser la pérdida de objeto, “[...] el contenido del peligro se desplaza de la situación económica a su condición, la pérdida del objeto. La ausencia de la madre deviene ahora el peligro” (p. 130).

Las situaciones de peligro que provocarán angustia varían de acuerdo a la fase del desarrollo. En la temprana infancia, se tratará de la ausencia de la madre, en la fase fálica, se condice con la angustia de castración. Mientras que en la fase de latencia, es la angustia de la pérdida de amor del superyó, como instancia despersonalizada de las figuras parentales, en que la angustia de castración deviene angustia social o de la conciencia moral. Sin embargo, todas estas angustias conviven en el aparato psíquico y se pueden dar reacciones de angustias más primitivas a la etapa en que se está.

Para Freud (1926) la angustia tiene un carácter de indeterminación y es en ausencia de objeto, puesto que, cuando hay objeto, lo que hay es miedo. La señal de angustia es señal de expectativa, pues se trata de prever una situación traumática, de estar aguardándola.

Por un lado, un aspecto de la angustia tiene que ver con revivir el trauma de la situación peligrosa, para pasar de ser pasivo en la situación traumática original a ser activo. Por otro lado, un segundo aspecto de la angustia tiene que ver con la expectativa, con anticipar un peligro. En cuanto a la expectativa, tiene que ver con la ausencia de objeto, es decir, con cierta ambigüedad de una situación.

La angustia se puede reproducir de forma automática cuando alguna vez hubo peligro en la situación originaria que ahora no tiene esta connotación de peligro. Fue adecuado alguna vez, pero ya no, aunque la angustia sigue estando presente (Freud, 1926).

Respecto a si es posible que las situaciones de peligro vital, como los eventos traumá-

ticos, pueden ser manifestadas en el inconsciente, Freud (1926) indica que en el inconsciente no existe representación que pueda dar cuenta sobre la muerte. La única forma en que el inconsciente puede representarse la muerte es por medio de la castración, la cual es representable gracias a la vivencia en la vida cotidiana del niño “de la separación respecto del contenido de los intestinos y la pérdida del pecho materno vivenciada a raíz del destete; empero, nunca se ha experimentado nada semejante a la muerte” (p. 123), de manera que la angustia de muerte es análoga a la angustia de castración.

El factor traumático acorde a Freud está dado por el factor de sorpresa, en circunstancias de exposición al peligro sin preparación previa. Lo traumático serían aquellas excitaciones externas que desgarran la protección antiestímulo, pues al haber ausencia del apronte angustiados, no es posible hacer el proceso de ligadura. Mientras cuando hay expectativa angustiosa hay sobreinvestidura en los sistemas de barrera antiestímulo que posibilitan ligar grandes volúmenes de excitación (Freud, 1920).

### ***Las neurosis y la angustia.***

En general, los peligros de acuerdo a la evolución del ser humano, van desvaneciéndose de acuerdo al desarrollo. Los neuróticos en cambio, no tienen tramitadas las antiguas etapas de situaciones de peligro, “siguen aferrados a condiciones anteriores de angustia” (Freud, 1926, p. 139). Las defensas puestas en marcha en las neurosis siempre se vinculan a la angustia de castración. Como se dijo previamente, la angustia puede venir desde distintas fuentes, frente a la pérdida de objeto o pérdida de amor del superyó. Sin embargo, el motor de la formación de síntoma en las neurosis obsesivas, fobias e histerias de conversión es siempre la angustia de castración, la cual se evita mediante los síntomas “creados para evitar la situación de peligro” (Freud, 1926, p. 122).

Lo que hace adquirir una neurosis se vincula con las relaciones entre factores cuantitativos, que determinarán si la represión continuará en futuras situaciones en que estuvo el peligro original o no.

Estos factores son el factor biológico, el filogenético y el psicológico. En cuanto al factor biológico, el ser humano al nacer más “inacabado”, hace que el mundo externo sea altamente peligroso, lo que promueve que el yo se diferencie prontamente del ello. Esta misma condición, hace que el niño invista intensamente al único objeto del que depende, la madre.

La posición de total desvalimiento y dependencia al nacer hace que sea imperativa la necesidad de ser amado.

Por su parte, habría una marcada significatividad patógena respecto al factor filogenético dice Freud en el hecho que la vida sexual no sigue un desarrollo continuo debido al periodo de latencia. En el niño, la sexualidad es amenazante y peligrosa para el yo, por lo que se debe defender de estos asaltos libidinosos. Al alcanzar la pubertad, es necesario que la sexualidad no siga el devenir infantil de la represión, y se oriente hacia la madurez sexual, lo que hace que en esta etapa Freud (1926) sitúe la mayoría de los orígenes de las neurosis.

Estos dos factores, el filogenético y el biológico tienen un impacto en el mismo sentido, vale decir, en los efectos generados por el temprano contacto entre un yo prematuro con la realidad exterior, y con la sexualidad, correspondientemente.

Respecto al factor psicológico, Freud (1926) sostiene una importante consideración relacionada con las vivencias infantiles y la crianza de los niños, como factor que puede incrementar el peligro externo y la dependencia:

«Malcriar» al niño pequeño tiene la indeseada consecuencia de hacer acrecentar, por encima de todo los demás, el peligro de la pérdida de objeto- siendo este la protección frente a todas las situaciones de desvalimiento-. Favorece entonces que el individuo se quede en la infancia, de la que son característicos el desvalimiento motor y el psíquico. (p. 156)

En las neurosis, la situación de peligro, se trata de una moción pulsional de tipo erótica proveniente del ello, que genera la amenaza de castración. Cuando esto ocurre, el yo activa la señal de angustia y se inhibe así el proceso de investidura del ello. La angustia -que es angustia de castración-, evidencia la prohibición de las pulsiones amenazantes en función del complejo de Edipo. El contenido de la angustia es la “separación respecto de un objeto estimado en un grado sumo” (Freud, 1926, p. 130), el pene en el caso del hombre, y en la mujer, más que la angustia de pérdida real del objeto, es el peligro de pérdida de amor del objeto.

Específicamente, Freud (1926) señala que para la neurosis fóbica se sustituye un objeto fuente de la moción pulsional libidinal, es decir, hay una formación sustitutiva. Ahora, la angustia solo va a ser desarrollada cuando el objeto sustituido de la fobia aparezca. Esto trae-

ría bastantes ventajas para el yo, en la medida en que se puede huir del peligro y evitarlo, en lugar de tener un peligro interior, mientras que a nivel económico todo se mantiene igual.

Por su parte, en la agorafobia ocurre algo muy similar a las fobias infantiles. En el agorafóbico, habría un peligro pulsional, que serían mociones eróticas, de las cuales el yo debe sustraerse, y lo hace poniendo ciertas inhibiciones. A modo inconsciente, el peligro es la angustia de castración por ceder frente a la pulsión erótica. Sin embargo, en ocasiones suele haber también regresión a un periodo infantil, en que se era protegido de los peligros externos por la figura adulta. Si esta regresión está ausente, puede haber como dice Freud (1926) a veces, “fobia a la soledad”, en donde de lo que se resguarda el yo, es del erotismo del onanismo privado.

El mismo mecanismo de las fobias se aprecia en las neurosis obsesivas, en donde el motor de la formación de síntoma es la angustia del yo frente al superyó. En esta patología no se desplaza el miedo al exterior, sino que está en el interior, pero el yo percibe el peligro del superyó nuevamente por el castigo de castración, solo que en lugar del padre ser la amenaza, esta está representada por el superyó.

## **2. La angustia lacaniana.**

Lacan en el Seminario X entrega una lectura sobre la angustia como un aspecto estructural en la constitución del sujeto. La angustia va a ser un elemento lógico en la constitución subjetiva, que se enlaza con la dimensión de lo real, y servirá para formalizar el objeto *a* (Lacan, 2015).

### ***División subjetiva.***

El sujeto para acceder al mundo simbólico debe perder algo. En la constitución subjetiva, el sujeto deberá constituirse desde el campo del Otro, lo que implica una operación de la cual no se sale completo. Habría primeramente, un sujeto mítico, sujeto del goce, que a partir de la operación de división, pierde una “libra de carne”, que cae como un resto, resto irreducible. Este resto es señalado por Lacan (2015) como objeto *a*, objeto que queda fuera de toda posible significantización, es decir que no es posible simbolizarlo.

El objeto *a* está íntimamente relacionado con la emergencia del sujeto, por esto es importante ubicarlo estructuralmente. En el momento previo a la constitución de sujeto, se parte

desde lo real como un todo. Para devenir un sujeto, en el trayecto se debe perder un elemento, del cual el sujeto va a ser separado. Esta pérdida conlleva por un lado que se produzca un resto que va a descompletar al sujeto, y por otro lado, esta pérdida conlleva un agujero, lugar donde el objeto estuvo antes de su caída. El objeto y el agujero son los resultados obligatorios del surgimiento del sujeto, y ambos hacen referencia a lo real (Lacan, 2015).

Debido a que el sujeto va a ser no todo, no completo, es que el objeto *a* es objeto causa de deseo. Es decir que gracias a esta pérdida de objeto, estructuralmente el sujeto es un ser deseante. El objeto *a* se formaliza en lo que viene a ser la constitución subjetiva, es el resto que cae de la división del sujeto, del momento en que el sujeto mítico del goce se pierde y comienza a existir simbólicamente. En el ingreso al mundo simbólico, algo no logra simbolizarse, el objeto *a*, que es un real residual (Lacan, 2015).

De esto se desprende que no existe el objeto de deseo, solo existe objeto causa de deseo, pues el deseo siempre es insatisfecho. De esta forma, para que haya deseo debe haber angustia. Esta última tiene una relación esencial con el deseo del Otro.

### ***La angustia y el estadio del espejo.***

En el estadio del espejo, el sujeto asume su imagen especular. Sin embargo, hay algo de la imagen especular que no puede ser capturado por la imagen, y que quedará como un resto, pues no puede ser representado a nivel imaginario (Lacan, 2015). Para el sujeto, la imagen especular es completa, se trata de un objeto total. El único objeto total será entonces el yo [*moi*] que siempre tendrá una imagen especular (Le Gaufey, 2011). Sin embargo, la investidura de la imagen especular tiene un límite, pues no toda la investidura libidinal es investida en la imagen, en el *i(a)*. Hay algo que se inviste únicamente en el propio cuerpo y de alguna manera no se traspasa a la imagen especular. Este resto, que tiene el carácter de objeto *a*, no puede ser ubicado en el mundo de la representación, de manera que Lacan (2015) lo va a ubicar por fuera de alcance fenomenológico.

Ese residuo, se manifiesta como lugar de la falta, pero resulta imposible situarlo. En este sentido, la angustia en su dimensión imaginaria se experimenta como lo siniestro, y surge cuando en el lugar de la falta, del menos *phi*, surge este resto, “lo *unheimlich* es lo que surge en el lugar donde debería estar el menos *phi* [...] cuando algo surge ahí, lo que ocurre, si puedo expresarme así, es que la falta viene a faltar” (Lacan, 2015, p. 52). Entonces, el sujeto se

desorienta, pierde los puntos de referencia frente a los cuales puede orientarse frente al Otro. En relación a esta dimensión imaginaria de la angustia Lacan (2015) agrega:

¿No es acaso una respuesta, no sólo razonable sino controlable, decir que es este resto, este residuo no imaginado del cuerpo, lo que, mediante algún rodeo que sabemos designar, viene a manifestarse en el lugar previsto para la falta, y de tal forma que, al no ser especular, resulta imposible situarlo? En efecto, una dimensión de la angustia es la falta de ciertos puntos de referencia. (p. 72)

Los puntos de referencia del sujeto, son entonces, la imagen especular, el  $i(a)$ , puesto que el objeto  $a$  está recubierto por lo imaginario, el ideal, y el fantasma, reconocible en esa estructura imaginaria que encubre el ser del objeto. En el fantasma, “el  $a$ , el soporte del deseo en el fantasma, no es visible en lo que constituye para el hombre la imagen de su deseo” (Lacan, 2015, p. 51). Gracias a la imagen especular y al fantasma, el sujeto alcanza ciertas coordenadas subjetivas, que son conmocionadas frente a la aparición del objeto  $a$ .

El objeto  $a$  emerge desde lo especular, pero en el plano especular no va a ser posible su aparición. Es por esto que en el nivel especular se está a salvo de la angustia (Miller, 2013). La imagen del propio cuerpo es el apoyo del sujeto en el momento en que este sujeto se desvanece, es decir, en el funcionamiento constante entre el sujeto y el significante, el sujeto se viene a apoyar de su imagen, “[...] allí donde el simbólico desfallece, por cualquier razón que sea, interviene el imaginario, “suple” al defecto simbólico” (Le Gaufey, 2011, p. 20). Pero como se vio precedentemente, esta imagen también es susceptible de ser perturbada. El sujeto frente al objeto se eclipsa, se desvanece, “ese objeto escondido, oculto, secreto hasta el punto de que su develamiento provocaría una irresistible afánesis del sujeto [...] es lo que hace de él algo que pueda ser también nombrado “objeto de deseo”” (Le Gaufey, 2011, p. 41).

### ***Surgimiento de la angustia.***

Para Lacan la angustia es estructural, tiene relación con la constitución subjetiva que se realiza en el lugar del Otro, lo que quiere decir, que el sujeto se viene a constituir con el objeto. El objeto  $a$  cuando está presente, amenaza con completar al sujeto, produciendo la angustia. Por esto es que la angustia es la falta de falta. La falta no debe faltar. Para articularse en los registros simbólicos e imaginarios, debe haber falta, el sujeto debe asumir la castración (Lacan, 2015).

Si para Freud (1926) la angustia indicaba la ausencia de objeto, Lacan (2015) plantea “[...] respecto a la angustia que es no sin objeto” (p. 113). Lacan indica que esto también lo planteaba Freud, “que la angustia no tiene objeto es algo generalmente admitido. Esto, que se extrae, no del discurso de Freud, sino de una parte de sus discursos, es propiamente lo que yo rectifico con mi discurso [...] no es sin objeto” (Lacan, 2015, p. 100-101). Freud (1926) agrega que la angustia tiene un vínculo estrecho con la expectativa, “es angustia ante algo” (p. 154), de lo que se toma Lacan para decir que no es sin objeto.

Es con la presencia del objeto *a* que se resquebraja la posición de sujeto, y asoma la angustia. El encuentro con el objeto *a* es sinónimo de muerte del sujeto dividido, por esto, Lacan muestra su representación en el pasaje al acto. La angustia en tanto real, evidencia la debilidad de la dimensión simbólica. El *a* minúscula no tiene representación, más si tiene un representante, que es el desvanecimiento del sujeto, momento de afánisis del sujeto. La angustia surge cuando el sujeto tiene un encuentro con el objeto *a*, por esto la angustia no es sin objeto.

La angustia como señal emerge en el momento en que se hace presente el deseo del Otro, pues pone al sujeto en posición de objeto, lo pone en cuestión, de manera que su estatuto de sujeto se ve cuestionado. En este momento se evidencia la fragilidad del sujeto. En el registro real en cambio, nada falta. La angustia pasa a ser signo del deseo del Otro, señal de lo real (Lacan, 2015).

Según J. A. Miller (2013) la “[...] la angustia lacaniana, es una vía de acceso al objeto *a*. Se la concibe como la vía de acceso a lo que no es significativo. Para acceder al resto, que no es significativo” (p. 21). La angustia permite acceder de la realidad a lo real, en la medida en que se quiebra el sentido de la realidad, habría un “desfallecimiento del significativo” (Miller, 2013, p. 30), pues ésta no logra ser conceptualizada a través de los significantes.

Entonces, si bien los significantes engañan, este es su rasgo fundamental, lo “[...] que comporta la angustia, de ser lo que no engaña” (Lacan, 2015, p. 130), al ser una vía de acceso para lo real. La angustia cuando aparece se experimenta como un afecto que desorienta al sujeto, pues lo extravía de su orientación en los significantes (Miller, 2013). Por eso, la angustia como “lo que no engaña” (Lacan, 2015, p. 130), da cuenta que en lo simbólico no todo está completado, no todo funciona perfectamente, hay un real que no accede al significativo.

La angustia captura al sujeto cuando se ve apremiado por el deseo del Otro, cuando

del lado del Otro un objeto viene a colmar la falta del sujeto. Se pierde en el sujeto la ausencia indispensable que causa su ser sujeto. Al haber presencia y no ausencia, se viene a generar la angustia:

Lo más angustiante que hay para el niño se produce, precisamente, cuando la relación sobre la cual él se instituye, la de la falta que produce deseo, es perturbada, y esta es perturbada al máximo cuando no hay posibilidad de falta, cuando tiene a la madre siempre encima. (Lacan, 2015, p. 64)

### ***Objeto a.***

Lacan debe cambiar el estatuto que entregaba antes del seminario X a los objetos, los cuales eran como conceptualizados como significantes, eran significantizados. Ahora, para que la angustia no sea sin objeto debe hacer un cambio. Se trata del objeto que no se puede significantizar, es un resto de goce no significante (Miller, 2013). Las propiedades del objeto *a* aluden a este como objeto pulsional, no especular y parcial (Le Gaufey, 2011).

En cuanto al objeto *a*, ya se vio que este no puede ser representado, pues pertenece al registro de lo real, por lo que no puede ser introducido en la cadena significante. El objeto *a* se aloja detrás del deseo, es el objeto causa de deseo. Pero el objeto siempre es faltante, tiene que faltar. Su falta es lo que permite que se produzca el deseo (Lacan, 2015).

Existen objetos que son semblantes del objeto *a* original, que se presentan como real ante el sujeto. Son objetos que se desprenden del sujeto; estos objetos son el objeto oral, anal, fálico, la mirada y la voz. Los objetos *a* se desprenden de los orificios del cuerpo, que operan como bordes y también harán la función de corte, para separarse de los objetos. Encontrarse con los semblantes de ser de *a* moviliza la angustia en el sujeto (Lacan, 2015).

La noción del objeto *a* permite comprender las vulnerabilidades de la dimensión simbólica cuando emerge lo real en el registro simbólico, que no logra capturar toda la realidad. Y por el contrario, la separación de los objetos del cuerpo es la operación de lo simbólico sobre lo real (Miller, 2013).

Lacan (2015) asimila la ley y el deseo, al agregar que estos comparten el objeto. Al prohibir un objeto, este comienza a ser deseado. El objeto *a* va a ser anterior al Edipo, anterior a la ley, puesto que en el Edipo el objeto está determinado por una prohibición que viene de



Otro, la amenaza es dirigida desde Otro. En cambio, en el objeto *a*, se trata siempre de una automutilación, el objeto está determinado por la separación del objeto del cuerpo. Por esto, el objeto *a* es un objeto anterior a la fase edípica, y sin agente de castración, “[...] se trata de acceder a un estatuto del objeto anterior al deseo, al objeto del deseo y anterior a la ley, [...] anterior a la construcción de la función paterna” (Miller, 2013, p. 68).

Acá no se trata de la realización del deseo, sino del deseo denigrado, “se concibe como un objeto caído, cortado, caduco, separado, que fue abandonado, que el sujeto cede, y cuyo paradigma es el objeto *a*” (Miller, 2013, p. 83). Se trata de que para que el deseo exista debe aparecer el objeto, el que va a aparecer de manera ambigua en el campo del otro.

Hay dos tipos de objetos, los que se pueden compartir y los que no. En el estadio del espejo están los objetos del intercambio. Pero hay otros objetos que no se pueden compartir, y que la angustia muestra el estatuto de estos. Estos objetos son anteriores a la constitución de los objetos comunes, y se trata del objeto *a*. El objeto *a* se corresponde con la señal de angustia freudiana, “es una señal en relación con lo que ocurre respecto de la relación del sujeto con el objeto *a* en toda su generalidad. El sujeto sólo puede entrar en esta relación por la vacilación de un cierto *fading*” (Lacan, 2015, p. 98). Lacan llama separación de los objetos, de órganos, no castración, por esto el objeto *a* por excelencia es el objeto anal, puesto que es expulsado del propio cuerpo al exterior (Miller, 2013). El objeto *a* se produce por un corte, “cualquiera que sea, ya sea el corte del cordón umbilical, el de la circuncisión [...] Queda, tras el corte, algo como la banda de Moebius, que no tiene imagen especular” (Lacan, 2015, p. 111)”. En cambio, los objetos comunes tienen su imagen especular. En el objeto *a*, la imagen especular es extranjera. El objeto *a* va a estar del lado del Otro o del sujeto. Esto es lo paradójico, es ambiguo, no se tiene respuesta certera de qué lado se inscribe el objeto (Miller, 2013).

### ***Angustia, goce y deseo.***

Lacan sigue a Freud en su consideración sobre la angustia en torno al exceso económico que sobreviene en el desvalimiento infantil. El desamparo freudiano producido por el exceso de libido, Lacan lo ubica entre goce y angustia. Cuando la pulsión no es satisfecha, se traspasa la frontera del placer al goce, y por lo tanto viene la angustia. Cuando Lacan pone el objeto *a* del lado del sujeto, es porque se ha traspasado la frontera del deseo al goce (Miller, 2013).

En Freud, la angustia motiva represión por parte del aparato psíquico. La secuencia en Freud es pulsión- angustia- represión, que Lacan traduce como “causa de deseo” lo que va a ser motivo de represión. La angustia no es en sí misma la causa del deseo, pero es lo que va a producirlo. Siguiendo a Lacan se pasa del goce, a la angustia, al deseo (Miller, 2013). Es necesario incluir una aclaración sobre el objeto causa de deseo, y es que por “causa” no es hacia el objeto que se dirige el deseo, sino que alude a que el objeto debe ser situado detrás del deseo, como una condición para que el deseo sea posible (Le Gaufey, 2011).

Lacan (2015) establece un tercer esquema de la división subjetiva del seminario X. En este tercer esquema, indica: “*a* es lo que permanece irreductible en la operación total de advenimiento del sujeto al lugar del Otro” (p. 175), mientras que lo quedará como resto es el \$, “es el sujeto tachado, a saber, el sujeto en tanto que está implicado en el fantasma, donde es uno de los términos que constituyen el soporte del deseo” (p. 189). En tanto \$ - sujeto que se presenta en el fantasma-, el objeto *a* simboliza el objeto perdido, que no accede al significante, y termina entonces constituyendo al sujeto como ser deseante, en la búsqueda por el deseo, y ya no como “sujeto del goce”. Mediante el fantasma se aspira encontrar el goce en el lugar del Otro, “quiere hacer entrar dicho goce en el lugar del Otro como lugar del significante el sujeto se precipita, se anticipa como deseante” (p. 190), y el “gocce no conocerá al Otro sino por medio de este resto *a*” (p. 189).

En paralelo, Lacan ubica tres tiempos que se corresponden con la operación de esta división subjetiva: goce, angustia y deseo. La angustia tiene una función “no mediadora sino media, de la angustia entre el goce y el deseo” (Lacan, 2015, p. 189). La angustia es el *médium* por el que se podrá acceder al deseo, al ubicarse en la hiancia entre goce y deseo. Para que el deseo se constituya será necesario pasar por la angustia, “el tiempo de la angustia no está ausente en la constitución del deseo, aunque esté elidido, aunque no sea perceptible en concreto” (p. 190). Lacan va a asimilar la angustia, a causa de su inaccesibilidad, con el segundo tiempo de la constitución del fantasma de “Pegan a un niño” de Freud. Sin embargo, habría ciertos matices en los fenómenos angustiosos, y unos pueden ser más accesibles, hay experiencias de angustia que se experimentan, sin embargo, habría otras angustias no accesibles. Para Lacan la angustia es requerida lógicamente. Por esto, sólo una vez sorteada la angustia se logra constituir el deseo (Miller, 2013).

La angustia es el elemento que va a producir el objeto causa de deseo, objeto *a*. El objeto *a* puede ubicarse del lado del deseo o del lado de la angustia. Del lado del deseo, se apunta entonces al principio del placer. Al ubicarse del lado del goce, se rompe la escena, y lo que debe estar velado emerge. Emerge la dimensión del más allá del principio del placer. Así, aparece también lo real, la angustia, sin poder articular los significantes a dicha experiencia, pues los significantes funcionan no en la presencia sino en la ausencia (Lacan, 2015). “Este resto real es el goce en la medida en que no se deja capturar por el significante, el goce irreductible al principio del placer” (Miller, 2013, p. 74). Por esto, más acá del deseo están la angustia y el goce.

### ***Vía del amor.***

Lacan (2015) sitúa otra manera diferente de pasar del goce al deseo. El deseo es la forma de recuperar el goce perdido por la castración. De aquí que Lacan formula el aforismo: “sólo el amor permite al goce condescender al deseo” (p. 194). El amor será lo que reemplaza a la angustia, y por la vía del amor es que el goce puede aspirar entonces a su satisfacción mediante el significante, “el *a*, en cuanto tal, y ninguna otra cosa, es el acceso, no al goce, sino al Otro” (p. 194).

Para ser un ser deseante, es necesario proponerse como ser en falta de *a*, y con esto se “abre” la puerta al goce del ser, mientras que el deseo transforma al Otro en *a*. Es sólo mediante el Otro que se podrá recuperar algo del goce perdido. La vía del amor se alcanza mediante la falta, con el fin de ser amado, con la promesa de recuperar algo del goce perdido. “Que el amor permite condescender al deseo” implica que el amor media entre el goce y el deseo, el deseo transforma al Otro en *a*, lo cual desencadena angustia en el Otro, “porque no hago de él más que *a*, porque mi deseo lo aíza, por así decir” (Lacan, 2015, p. 195).

Desear el Otro pone en juego al fantasma y su incertidumbre. El amor vinculado con el fantasma permite que se condescienda al deseo, que se pierda el goce, y se lo intente recuperar por medio de la ley. El deseo del Otro, sin embargo, puede hacer tambalear al fantasma, y que venga a advenir la angustia, en la medida en que se es objeto del deseo del Otro.

Mientras que en la pulsión no hay sujeto, en el fantasma siempre está el sujeto. El fantasma va a constituir el soporte del deseo, no el objeto. El amor va a hacer ubicar el objeto en el Otro, lo que ocurre al estar el objeto en  $i(a)$ , oculto. Por medio de reemplazar la angustia

por el amor, Lacan vuelve a ubicar el falo como objeto *a*, este en su función de detumescencia, como angustia antes del deseo, que implica que es con la falta con lo que se ama.

Si es que el sujeto se ve confrontado al deseo del Otro -y el fantasma está operante- el sujeto puede entrar en el plano del amor, y ofrecerse como un objeto amoroso al Otro. Si hay una desarticulación del fantasma, la confrontación con el deseo del Otro guiará al sujeto al goce, al más allá del principio del placer (Lacan, 2015). Cuando el sujeto está en la dimensión del deseo, el sujeto entra en la vía del fantasma, soporte del deseo. El deseo del sujeto se va a apoyar del fantasma, en donde el sujeto se encuentra en oposición con el objeto *a* (Lacan, 2015).

Por la vía del amor se accede al objeto simbólico. En cambio, en la angustia se está en la disyunción entre goce y deseo, se trata de objetos órganos de goce, que no se transforman en significantes. La angustia media entre goce y deseo, y transforma el goce en objeto causa de deseo. En cambio, el amor es el mediador entre goce y deseo. La vía de la angustia no lleva al objeto del amor. Por esto el amor es sin objeto, es en la falta; la angustia no es sin objeto, el objeto causa a la angustia (Miller, 2013).

### **3. La teoría de las pulsiones.**

#### ***Pulsiones desde la teoría freudiana.***

Siguiendo a Freud (1926) en sus puntualizaciones sobre la angustia, habría un vínculo estrecho entre angustia y neurosis. Habría dos tipos de angustia, la realista y la neurótica. En la angustia neurótica el desvalimiento es psíquico, es un desvalimiento frente al peligro pulsional, frente a una exigencia pulsional, mientras que el de la angustia realista es material, es un objeto externo.

Cuando el yo se defiende de cierta moción pulsional por la vía represiva, se inhibe esta parte del ello. Mediante esta operación se termina concediendo gran autonomía e independencia a cierta parte del ello, en la medida en que “lo reprimido está «proscrito», excluido de la gran organización del yo, sólo sometido a las leyes que gobiernan el reino de lo inconsciente” (Freud, 1926, p. 144). Con esta operación defensiva desde el nivel económico se gana y se pierde, pues la situación de peligro original que motivó la represión va a hacer que siempre que se presente esta misma situación, aunque ya no represente peligro para el yo, exista una

compulsión de repetición que hará que la moción pulsional sea tramitada por la misma vía que el decurso pulsional reprimido originalmente. El yo automáticamente tramita la situación como si hubiera peligro. Así, concluye Freud que el “factor fijador a la represión es la compulsión de repetición del ello inconsciente” (Freud, 1926, p. 144).

El proceso de represión actúa sobre ciertas pulsiones que son inconciliables con las metas del yo. Al estar estas segregadas del proceso secundario, dichas pulsiones no alcanzan la satisfacción, sin embargo estas luchan por ser satisfechas. El yo debe accionar los métodos de defensa, lo cual le implica a este un gasto energético constante. Las pulsiones, por su naturaleza reiterativa exigirán al yo asegurar una acción de método de defensa que le implica a este un gasto constante (Freud, 1926)<sup>2</sup>.

### ***Compulsión a la repetición.***

Freud (1920) en “Más allá del principio del placer” señala que el aparato psíquico y sus procesos están al servicio del principio del placer. La vida anímica busca la homeostasis, el principio de constancia, por lo que con el aumento de tensión de energía no ligada se genera displacer, y cuando este disminuye se produce placer.

Sin embargo, Freud (1920) advierte sobre ciertas experiencias que contradicen el principio del placer, caracterizadas por lo que denomina compulsión a la repetición. Se trata de pulsiones que nunca estuvieron al servicio del principio del placer, puesto que desde su origen iban a producir únicamente displacer, y aun así paradójicamente, se las repite. Se trata de una compulsión que obliga a que esto así sea, son exteriorizaciones forzosas de lo reprimido inconsciente que “muestran un alto grado de carácter pulsional y, donde se encuentran en oposición al principio del placer, demoniaco” (p. 35), asociadas a la pulsión de muerte.

Freud (1920) concibe que la compulsión a la repetición evidencia vestigios de una pulsión “más originaria, más elemental, más pulsional” (p. 23) que el principio del placer.

Al contrario, las pulsiones de naturaleza conservadora se relacionan directamente con llevar al organismo a un estado inorgánico. Estas pulsiones de vida tienden hacia la regresión a un estado anterior, históricamente adquirido. Así, Freud (1920) determina que existen pul-

---

<sup>2</sup> El yo se defiende de mociones pulsionales. Para Freud, solo la corriente tierna, libidinosa, es la prohibida, la erótica pura. Sin embargo, en general, las mociones pulsionales no son “puras”, sino más bien ligadas en diversa proporcionalidad unas con las otras. Así, tanto la moción agresiva como la libidinosa deberían ser reprimidas (Freud, 1926).

siones de vida y pulsiones de muerte, las cuales estarían desde el inicio de la vida entremezcladas las unas con las otras. Lo anterior permite entender la existencia de procesos psíquicos que se escapan de la ganancia de placer y que incluso contradicen este principio.

### ***Pulsiones en la teoría lacaniana.***

Para Lacan (2017), las pulsiones son parciales en la infancia pero también en la sexualidad adulta. La sexualidad siempre es parcial. Con esto Lacan quiere decir que la finalidad de la pulsión no es la totalización biológica, el fin reproductivo, como lo planteaba Freud. Las pulsiones comprenden un lugar esencial en la economía psíquica de un sujeto, a las que define como “el montaje a través del cual la sexualidad participa en la vida psíquica” (Lacan, 2017, p. 183).

La pulsión es acéfala, no tiene el estatus de satisfacer a un sujeto, ya que solo se satisface a sí misma. En el nivel de la pulsión no hay que considerar aspectos subjetivos, puesto que en la dimensión de la pulsión el “sujeto es un aparejo. Este aparejo tiene lagunas, y en esas lagunas el sujeto instaura la función de cierto objeto como objeto perdido. Es el status del objeto *a* en tanto está presente en la pulsión” (Lacan, 2017, p. 192). El objeto *a* da lugar a la producción de un agujero y un borde por el cual la estructura de la pulsión se completa en el retorno.

Las pulsiones se caracterizan fundamentalmente por su carácter circular, su vaivén. El borde es la fuente de la pulsión, la llamada zona erógena y la meta de la pulsión es el regreso al punto de inicio. Completar el circuito pulsional es la meta de la pulsión, y no el encuentro con el objeto (Lacan, 2017). A esto se agrega que la satisfacción pulsional con el objeto “no es otra cosa más que la presencia de un hueco, de un vacío, que, según Freud, cualquier objeto puede ocupar, y cuya instancia sólo conocemos en la forma del objeto perdido *a* minúscula” (Lacan, 2017, p. 187). No hay ningún objeto que satisfaga la eterna pulsión, sea cual fuera esta, la única forma de satisfacción es “contorneando el objeto eternamente faltante” (p. 187). Es decir, que la satisfacción no es mediante el objeto. La pulsión es una fuerza, un empuje constante, que sostiene esta fuerza como tensión. El trayecto retorna, y lo que le da al trayecto consistencia es el objeto, el cual es algo que será contorneado, el objeto *a* que es de naturaleza pulsional.

Habría una relación estrecha entre el goce y el cuerpo, pues el lugar donde se goza es

el cuerpo por el hecho de ser un ser hablante, “la pulsión, no es más que el encuentro del lenguaje con un cuerpo” (Naparstek, 2008, p. 55).

Para Lacan (2017), la fuente de la pulsión es el lugar del empuje constante. Para Freud la pulsión es repartida por varias zonas del cuerpo durante la infancia, y será al principio autoerótica. Tanto Freud como Lacan otorgan escasa importancia al objeto pulsional en la satisfacción pulsional, en donde para Freud se podrá tratar de un objeto “cualquiera”, mientras que para Lacan se trata de un objeto parcial (Le Gaufey, 2011).

#### **4. Objeto de amor y objeto pulsional.**

A continuación, se abordarán los objetos de la pulsión parcial y el objeto del amor. Existirían en la obra freudiana tres tipos objetos, de los cuales dos series de objeto nacen del objeto del deseo. Por un lado está la serie del objeto pulsional y por otro lado, la de “elección de objeto” (Rabinovich, 1998).

El objeto del deseo es el objeto perdido, en donde la satisfacción de este objeto es a través de la experiencia alucinatoria. La pérdida de este objeto tiene que ver con la pérdida de la satisfacción de la necesidad, a razón de lo que el niño debe hacer surgir la realización de deseo por medio de la alucinación.

Este concepto de objeto del deseo en Freud, ya vendría a separar radicalmente la satisfacción de necesidad de la realización del deseo, y conjuntamente la separación entre la adaptación al entorno y la búsqueda de una primera huella mnémica mítica. Es la oposición entre el primer encuentro con un objeto y la adaptación vital del ser humano. Con esto, Freud funda una nueva realidad: la realidad psíquica. El objeto del deseo no se lograría alcanzar ya que se trata del objeto perdido (Rabinovich, 1998).

En Freud, el movimiento del deseo a lo que apunta es a reencontrarse con el primer objeto de la satisfacción, de la primera satisfacción, para lo que debe haber un calce de identidad entre la percepción del objeto y el recuerdo de satisfacción (Le Gaufey, 2011).

El objeto pulsional por su parte, está organizado en función de la pulsión parcial, y tiene relación con el autoerotismo. La pérdida de objeto pulsional tiene que ver con la pérdida real del objeto, que implica perder el objeto, con lo cual adviene su incorporación y se instaura el autoerotismo. Para Freud, parcial quiere decir autoerótico, o placer de órgano de las zo-

nas erógenas, lo cual tiene relación con la teoría del objeto de Lacan. El objeto pulsional es el objeto por medio del cual se alcanza la satisfacción de la pulsión y es el aspecto más indeterminado respecto de la pulsión. Esta satisfacción no tiene que ver con cumplimiento de deseo (Rabinovich, 1998).

En cuanto a la serie de elección de objeto, la pérdida de este objeto es la pérdida como objeto de amor, de la persona total, y tiene que ver con el amor objetal, o con el objeto de amor que elegirá el sujeto (Rabinovich, 1998).

Como consideraciones generales de esta revisión, en este capítulo se presentaron los conceptos sobre la angustia, la que para Freud (1926) es un afecto por el cual se defiende el yo de una extrema perturbación económica, “núcleo genuino” de la situación de peligro en el sentido económico. La angustia freudiana es conceptualiza desde la ausencia del objeto, puesto que la ausencia de la madre va a activar la señal de angustia con el fin de prevenir el aumento de la tensión psíquica.

Las dos vertientes de la angustia, como señal de peligro, asociada a una expectativa indeterminada y la angustia de tipo traumática, que surge sin la expectación angustiosa pueden ser pensadas como tipos de angustia que se presentan en los usuarios crónicos de BDZs, como angustia generalizada en un primer caso y en el trastorno de angustia en el segundo caso. Freud ubica la angustia como elemento esencial en la adquisición de las neurosis, por lo cual se profundizó en los elementos teóricos que serán utilizados para el análisis de los casos. A su vez, puntualiza respecto del factor psicológico, el estilo de crianza como relevante en sujetos que desarrollan fobia y agorafobia, al referir que se trata de un estilo de crianza que aumenta los peligros externos y la dependencia a los padres, llevándolos también a un estado de regresión.

Para Lacan (2015), desde el plano imaginario, la angustia se asocia a la pérdida de ciertos puntos de referencia, que ocurre cuando hay presencia de algo que no debió haber estado presente, cuando ese resto no especularizable del cuerpo se manifiesta. En este sentido, hay un desborde que desorienta al sujeto. La angustia producirá el deseo, en el caso que opere el principio del placer. Pero si se ubica del lado del goce, aparece más bien lo real. Se pueden ubicar la angustia y la crisis de pánico en quienes usan el fármaco, experiencias que se caracterizan por no lograr articularse con el significante (Lacan, 2015).



Las teorías de las pulsiones posibilitan pensar en los objetos de satisfacción de la pulsión. Según Lacan (2017), el objeto de la satisfacción de la pulsión no es lo esencial, ya que la pulsión al ser acéfala, no busca satisfacer al sujeto, y no es con el objeto que se satisface la pulsión. El objeto desde la teoría psicoanalítica puede hacer eco en distintos niveles, puede estar relacionado con el problema del amor y del deseo, al objeto de la pulsión, o asociado con la compulsión a la repetición, en donde prima el goce. Esto permite pensar en las relaciones que van a sostener los sujetos de uso a largo plazo de BDZs en su relación con el objeto.

## CAPÍTULO III

### CONCEPTUALIZACIONES PSICOANALÍTICAS SOBRE TOXICOMANÍAS

El siguiente capítulo muestra las conceptualizaciones sobre la toxicomanía, los posibles usos de la droga como sustancia y sus efectos sobre el sujeto. A lo largo del capítulo, se observarán diferentes posiciones frente al consumo de drogas, desde la postura de la ruptura con el goce fálico, a la postura que dimensiona la droga como una respuesta defensiva frente al goce.

#### **1. Referencias sobre adicción en la obra freudiana.**

A pesar de que Freud no se dedicó a abordar específicamente la adicción o alcoholismo en sus investigaciones, realizó varios planteamientos en su trayectoria que ayudaron a trazar líneas de teorización para una posterior comprensión psicoanalítica de las adicciones. Una de las primeras alusiones sobre el tema en cuestión se encuentra en la Carta 79 de la correspondencia con Fliess, en la que vincula la adicción a la sexualidad y a la masturbación, al establecer que la “adicción primordial” es la masturbación, y las otras adicciones son sustitutos o revelos de aquella. Así, Freud relaciona de entrada la adicción con la sexualidad, aporte que será sustancial en las toxicomanías (Freud, 1897).

Posteriormente, Freud (1898) agrega que el consumo de narcóticos como morfina, cocaína y tabaquismo tiene que ver con una falta de satisfacción sexual. La “deshabitación” a una adicción tendrá éxito exclusivamente atendiendo la raíz de la cual emana la necesidad de aquella adicción como forma de satisfacción. Para obtener éxito en la cura no basta con alcanzar la abstinencia, si es que no se logra discernir que se trata de un “goce sexual faltante”, el cual es posible que se desplace a otras formas de satisfacción.

Más tarde, en “Contribuciones a la psicología del amor” (1912), Freud pone énfasis en el lazo que mantienen los alcohólicos con el objeto droga, específicamente con el vino, relación de “pura armonía” que da cuenta de “un matrimonio dichoso”. En cambio, las relaciones entre las pulsiones sexuales y el objeto sexual están sujetas a diversos factores que hacen desfavorable la posibilidad de una satisfacción plena. Se entiende aquí que Freud asemeja el objeto droga con el objeto amoroso, el cual es reemplazado en el caso de los adictos por el primero, dejando ver que el bebedor sustituye a la mujer por el objeto vino.

En “Duelo y Melancolía” (1917), Freud asemeja los estados maniacos con los estados de intoxicación por “borrachera alcohólica”, ya que en ambos sobrevienen la alegría y exultación, en los cuales la represión, que genera importante gasto psíquico, es cancelada, quedando libido psíquica disponible. Freud agrega en esta contribución el factor económico a los estados de embriaguez.

Hacia 1928, Freud agrega otros puntos interesantes sobre el aspecto económico mencionado previamente en la adicción. En la publicación sobre la vida de Dostoievski, si bien retoma su tesis principal que enlaza el onanismo y los vicios, acá vincula además la compulsión a la repetición. A su vez, refiere que la manía al juego del escritor cumple una función de autocastigo que le brinda una satisfacción de tipo patológica. Para el caso en particular, la función del juego la asocia con la necesidad de punición, sentimiento de culpa y rasgos masoquistas. Aclara la importancia fundamental del juego compulsivo en la vida del escritor, en función de la economía libidinal del sujeto, que Freud liga con su producción literaria, estilo de vida y tipo de relaciones con su esposa.

En el “Malestar en la cultura”, Freud (1930) sostiene que la vida conlleva problemas, desilusiones y renunciaciones que implican dolor y agravio. Al cuestionarse el propósito de los seres humanos en el mundo, concluye que el fin de estos es alcanzar la dicha y lograr mantenerla, para lo cual se aspira a la “ganancia de placer” y/ o a la evitación del dolor y de displacer. La intoxicación por medio del uso de narcóticos es una forma por la cual el ser humano evita el sufrimiento, por medio de la alteración química del organismo. Estos “calmantes” hacen la vida más llevadera, serían elementos que evitan sufrimientos.

Los enunciados freudianos sobre adicciones entregan por un parte, una comprensión de la adicción vinculada al autoerotismo, como sustituto de la masturbación y a su vez, el objeto droga sirve de reemplazo de un objeto amoroso, por medio del cual se puede satisfacer directamente la pulsión, escamoteando la sexualidad genital. La sexualidad en los adictos sería una sexualidad en la que no se ha podido reestablecer una vida sexual normal. Por otro lado, los postulados freudianos también remarcan la compulsión a la repetición y vinculación de los narcóticos en la economía libidinal del sujeto. Estas conceptualizaciones psicoanalíticas son importantes avances de los que se desprenden varias formalizaciones posteriores respecto la toxicomanías, como se verá a continuación

## 2. Lacan y las adicciones.

Lacan, al igual que Freud, tampoco ahondó profundamente en las adicciones. Al respecto señaló que la única definición de la droga “es aquello que permite romper el matrimonio con el hace pipí” (Lacan, 1975, p. 268). Para comprender esta frase hay que referirse a los desarrollos de Lacan en “...O peor” (2016), donde distingue el “goce a secas” del goce sexual. El goce a secas, podría comprenderse como una forma de autoerotismo que no se articula ni se enlaza con el Otro de la palabra (Lacan, 2016).

La visión que Lacan entrega sobre la drogadicción va en comunión con la versión de Freud, en el sentido de ser una satisfacción autoerótica, que Lacan denomina como “goce a secas”, y que opera por fuera de la regulación fálica. Para Naparstek, una de las formas en que Lacan teoriza sobre la drogadicción, implica la lógica del goce autístico, tratándose de un “desenganche del Otro, llamémosle el Otro social, el Otro del lenguaje, el Otro sexo [...] busca una operación que no pase por allí, que prescinde del sexo y encuentra una respuesta libidinal diferente” (Naparstek, 2008, p. 24).

El pene, como órgano biológico, se transforma en instrumento cuando entra en relación con el significante. Para pasar a hacer del pene un falo, se debe entonces instrumentalizar el pene, mediante la instalación del Nombre del Padre, operación que Lacan (1971) llama la “inscripción del falo”, en donde el pene como órgano pasa a ser un instrumento: “un órgano no es instrumento más que por mediación de esto, en lo que todo instrumento se funda: que es un significante” (p. 17).

De esta forma, el órgano biológico se transforma en instrumento al entrar en relación con el significante. Entonces, de acuerdo a esta frase, se asemeja a Freud y Lacan: “por un lado hay equiparación entre pene real y la pulsión. Por el otro, se muestra que el falo cumple la función de intentar atrapar esa pulsión más elemental” (Naparstek, 2008, p. 43). Lo que para Freud era “autoerotismo” será llamado en Lacan el pene como órgano, antes de la inscripción del falo. Habría un goce de tipo real, cuya satisfacción no está vinculada con el falo, fuera de la regulación que éste entrega, que es el autoerotismo freudiano. En las verdaderas toxicomanías, las que están asociadas a los excesos y la desregulación del goce opera el goce autoerótico (Naparstek, 2008).

### **3. Aportes lacanianos sobre toxicomanías.**

#### ***Época contemporánea.***

Al hablar sobre las verdaderas toxicomanías, cabe recalcar de entrada que en su mayoría, estos autores indican que los usos de sustancias de las épocas pasadas no sería el mismo que el uso contemporáneo. Antes, la relación que se establecía con los productos narcóticos se adhería a un uso tipo ritual, enmarcado en el registro simbólico cuya esencia principal era fomentar los lazos sociales de las tribus. Esta búsqueda de hacer lazo, estaría presente incluso hasta algunas décadas atrás, en donde el alcohólico del bar se enmarcaba en ciertos códigos sociales (Salomone, 2008).

Para Freud (1930) la embriaguez es uno de los métodos utilizados por los pueblos desde la antigüedad para la satisfacción y para alejarse de la realidad. Uno de los fines de la embriaguez es la felicidad, lo cual sería algo “apreciado como un bien tan grande que individuos y aun pueblos enteros les han asignado una posición fija en su economía libidinal” (p. 78). En la época de Freud, existían ideales y valores bajo la incidencia del Nombre del Padre. En este contexto, el consumo de tóxicos se trataba de un goce localizado, no desregulado, en que la respuesta de la toxicomanía era una posible frente a otras más (Naparstek, 2008).

En contraste, algunos autores que se abordarán en esta sección, conciben la toxicomanía de la época actual como una respuesta de satisfacción universal que promueve el consumo como solución al malestar, promoviendo el goce unario, goce que se aleja del Otro (Naparstek, 2008) y caracteriza la época actual, en la que tanto el goce como su tratamiento son amos (Tarrab, 1993). Sin embargo, en el presente capítulo también se exponen autores que tratan la toxicomanía como lo hizo Freud, es decir, desde el lazo social.

#### ***La toxicomanía como ruptura con el goce fálico.***

A partir de lo que planteó Lacan sobre la droga, Miller (1993) introduce el concepto de goce cínico como el goce presente en la toxicomanía. Se trata de un goce al cual el sujeto accede sin atravesar el cuerpo del Otro, a modo de un goce autoerótico, de donde se extrae un goce del propio cuerpo. No sería el goce homosexual, puesto que aquí se busca al Otro semejante, ni el de la masturbación, pues en este último se pone en juego el fantasma. El goce cínico “rehúsa que el goce del cuerpo propio sea metaforizado por el goce del cuerpo del Otro”

(p. 18), es decir que conlleva el rechazo del Otro sexual y la pregunta por el deseo del Otro. El adicto omite la articulación fálica, por lo que no se expone a la castración, a la diferencia sexual; es una “huida” para el conflicto que suscita el encuentro sexual, del cual el objeto droga se presenta como solución para eludir la cuestión sexual sin tener que angustiarse frente al deseo del Otro (Miller, 1993).

La toxicomanía es la “ruptura con el goce fálico”, a modo de una ruptura con el Nombre del Padre, operación que no implica la forclusión del Nombre del Padre, como en la psicosis. El goce toxicómano del que se pretende obtener una satisfacción más allá de la otorgada por el goce fálico, con la esperanza de obtener un *plus de gozar* con la droga (Laurent, 1994).

Por su parte, Sinatra (1995) retoma lo dicho por Freud sobre la masturbación como “adicción primordial”, e indica que el goce del propio cuerpo obstaculiza acceder a un encuentro sexual con el semejante. De esta forma, para que el cuerpo del sujeto sea significado por el Otro, lo real del goce debe estar intervenido por el significante. Es decir, el goce fálico permite separar el goce del cuerpo. En cambio, el goce toxicómano intenta restituir un goce autoerótico en el cuerpo. La posición subjetiva del verdadero toxicómano respecto de la función fálica es una posición cínica en el sentido que va a abstenerse de cualquier Otro, y más bien, no quiere más que el goce del propio cuerpo.

Lo estructural del sujeto es la pérdida de goce, y la droga entonces es una respuesta a ese goce faltante, “goce que los lleva a no poder salir de la repetición de lo uno del goce autoerótico” (Levato & Salomone, 2008, p. 41).

Como posible origen de causa de la adicción, Santiago (1995) enfatiza una falla en la constitución subjetiva del sujeto, como falla pre-mórbida, si bien esta falla no representa una estructura específica. En la adicción habría un cortocircuito en la configuración de la significación fálica, en el proceso en que el padre prohíbe el deseo de goce de la madre. El falo simbólico en el neurótico suscita una limitación del goce a modo general, en la medida en que priva al goce del Otro primordial, es decir, prohíbe a la madre, con lo que permite acceder al goce fálico. Habría así un fracaso en la metáfora del deseo de la madre por el Nombre del Padre, momento del anudamiento entre la ley paterna y el deseo.

### ***De un goce autoerótico sin fantasma.***

Un elemento importante para comprender cómo funciona el onanismo en el ser humano es la indicación de Freud (1908) sobre el lazo existente entre los sueños diurnos, la fantasía, y la vida sexual. Freud introduce la secuencia que sigue la masturbación infantil en un proceso de tres etapas. Primero, existe una etapa mítica de autoerotismo puro, cuyo sentido de la satisfacción sexual es través de la estimulación directa de las zonas erógenas. Posteriormente, en un segundo momento se fusiona la fantasía con el onanismo, producto de una “soldadura” de estos dos elementos. Finalmente, el sujeto debe renunciar a la autosatisfacción por medio de la masturbación y a la fantasía infantil, la que producto de la represión deviene inconsciente, para lo cual es necesario que la libido sexual sea descargada en una meta superior, vale decir, que sea sublimada. De no alcanzarse la sublimación de esta libido, la fantasía y su contenido pueden dar lugar a múltiples síntomas patológicos.

Al retomar este recorrido freudiano sobre la masturbación infantil, Naparstek (2008) destaca que es necesario abandonar la masturbación y que la fantasía pase a ser inconsciente para que exista un síntoma. Para que haya síntoma, se requiere que no haya descarga de energía de manera “sustitutiva”. No es factible que estén juntos síntoma y masturbación. Es necesario que la masturbación sea dejada de lado, pero que esta no sea reemplazada por otra vía sustitutiva. Una de estas posibles vías sustitutivas es la adicción.

Este autor ubica a la toxicomanía en el primer momento de la masturbación infantil, como sustitución de la “adicción primordial”, “sustitución de un puro autoerotismo sin sentido alguno, sin que esté aún articulado a la fantasía o a la palabra” (Naparstek, 2008, p. 37). La adicción no configura un síntoma puesto que no se trata de una metáfora, sino un mero sustituto de la masturbación, vale decir, un “tocamiento sin ninguna connotación significativa” (p. 35).

Mientras que en la neurosis la búsqueda del goce es por medio de la construcción fantasmática, por su parte, el goce toxicómano elude al fantasma y extrae satisfacción del goce Uno. En este sentido, goce autoerótico y goce fálico son opuestos, toda vez que en el primero no se completa el circuito Otro - fantasma - goce (Sinatra, 1995).

La forma de buscar el goce en la toxicomanía es descartando al fantasma como objeto de goce, como sería cuando se asume la castración. En la toxicomanía se extrae un goce “fue-

ra del fantasma, ella no toma sus caminos complicados del fantasma” (Laurent, 1994, p. 19). Así se evidencia que el toxicómano no sea un perverso, pues el perverso hace uso del fantasma. Por otro lado estaría el goce sexual, el que está relacionado con la castración. El goce sexual implica una fantasía, en la cual está la creencia que la satisfacción es con un partenaire, y hace lazo a un otro. En cambio, el goce autista no está asociado a una fantasía. Es cuando se instala la fantasía - momento de “inscripción del falo”-, que la satisfacción puede tener cierta utilidad (Naparstek, 2008).

### ***Efectos de la operación toxicómana.***

La búsqueda de satisfacción bajo la lógica toxicómana tendría repercusiones en la subjetividad del sujeto, en específico en lo que apunta al deseo, el cual quedará en suspenso (Levato & Salomone, 2008). La particularidad del deseo tiene que ver con su carácter metonímico que lo representa, que va cambiando de objeto, pues este último es inasequible: en la medida en que se conquista algo, se desea algo más, por lo que el “deseo no tiene objeto” (Carmona, 1995, p. 73) Por su parte, en la dimensión de la necesidad, no hay falta. La necesidad es con objeto.

La adicción es la falta de la falta, por lo que el sujeto va a tomar una posición particular frente a la carencia de objeto y de su deseo. En el desarrollo de una toxicomanía, el adicto se construye un deseo con objeto, transforma su deseo en una necesidad, con un objeto fijo, la droga pues no admite sustitutos. La droga es lo no puede faltar. Como efecto de esta operación entre el sujeto y la sustancia, el resultado es el goce y lo que queda como resto es el sujeto, pues el sujeto es destituido al perder su deseo, lo que lo constituye como sujeto (Carmona, 1995). La supresión tóxica implica un rechazo del inconsciente, no hay división subjetiva, y se pierde el deseo, habría un “aplastamiento de la subjetividad”, sin embargo, a nivel imaginario, el toxicómano siente que el objeto satisface el deseo (Salomone, 2015).

Para otros autores, lo que el toxicómano desarrolla es una “pseudo pulsión”. Debido a que el objeto hacia el que la pulsión se dirige está perdido, el objeto droga tiende rápidamente a ser un objeto sustitutivo para la pulsión y así, la compulsión a la repetición en la medida que el objeto droga deviene siempre insatisfactorio. De una u otra forma, lo que el sujeto toxicómano pretende con el uso de la droga es satisfacer una necesidad, pero lo que esconde la compulsión a la repetición es que un deseo no puede ser alcanzado por medio de la droga. El



beneficio de la pseudopulsión es el control de la satisfacción, que se realiza por una intervención externa (Manzetti et al., 1995).

De lo anteriormente dicho, se desprende que la droga no es un objeto causa de deseo, es objeto causa de goce. La causa de goce es el significante, que el adicto reemplaza por otro goce, que rompe con toda significación fálica. La droga viene al lugar de causa de goce, en lugar del objeto *a* (Miller, 1993). Esto, en oposición a lo que ocurre con la castración, que hace emerger la dimensión del deseo, y cuando se inviste libidinalmente a un objeto, es la vía del amor que permite que el goce esté en armonía con el deseo (Sinatra, 1995).

### ***Función significativa en la droga.***

No todos los usos de las drogas implican necesariamente la ruptura del goce fálico. Algunos planteamientos permiten poner en tensión la tesis sobre las toxicomanías como búsqueda excesiva de satisfacción, lo que permite pensar al objeto droga como función significativa.

Para Mauricio Tarrab (1993) lo tóxico es el goce en sí mismo. El sujeto toxicómano busca un objeto “ideal”, “demanda al saber científico la producción de un objeto perfecto capaz de un goce, que sin consecuencias venga a cerrar su castración” (p. 41). Cada vez más las drogas son el resultado de las ciencias, de la creación de productos de los que se puede extraer goce.

Los consumos iniciales usualmente se corresponden a una determinación que viene del Otro y, por lo mismo, para Tarrab (1993) es fundamental suponer que en la droga hay un sujeto “implicado detrás del aplastamiento por el goce” (p. 44). Este autor sostiene que las toxicomanías no se condicen todas por entero a una forma de ruptura del goce fálico, también pueden ser concebidas como un “artefacto”, como una solución inventada por el sujeto, cuya función es una barrera contra el goce, un “remedio contra el goce”, y por lo mismo, presenta una conexión con la dimensión del significante.

La función de dique contra el goce es opuesta a pensar la droga como un «modo de goce», que es lo que sostienen los autores cuando aluden al “verdadero toxicómano” que rompe con el significante fálico. Para Tarrab, más que elegir entre una u otra forma de entender la droga, releva la función de la droga, la recuperación del goce perdido (Tarrab, 1993).

Salomone (2015) expone una mirada similar, y refiere que tanto en la visión de la drogadicción como mecanismo defensivo, como en la visión de la droga para buscar un goce excesivo, en ambos casos, el destino es intervenir compulsivamente un goce existente en un cuerpo (Salomone, 2015).

El artificio que el sujeto hace con la droga viene a recubrir la castración del Otro y la falta en ser del propio sujeto. Si bien la droga viene a clausurar la pregunta por el deseo del Otro, es una respuesta contra la incertidumbre que produce la función fálica y viene a cerrar la división subjetiva. La droga “promete resolver la indeterminación, la incertidumbre, la contingencia del objeto” (Tarrab, 1993, p. 48). En definitiva, Tarrab considera la función de la relación que establece un sujeto con la droga como el rechazo a reconocerse sujeto de la castración, y la droga será el remedo del goce faltante, mientras el sujeto es preso de la ignorancia de su inconsciente.

Al igual que Tarrab, Salomone (2015) concuerda que algunas toxicomanías pueden ser comprendidas como un acto defensivo del sujeto frente a lo real. El objeto droga viene a ser utilizado como remedio para lo imposible, defenderse de la pulsión. Cuando se goza, siempre se quiere gozar más. Lo que deviene adictivo es el goce y cuando la instancia psíquica del yo se defiende de la pulsión, ésta se torna compulsiva.

Habría entonces “una función de la droga que no está vinculada al exceso, sino que le permite al sujeto tolerar lo imposible de soportar” (p. 37), con lo cual se entiende que la droga tiene una función en un sujeto, lo que para Salomone con certeza va a fracasar si la función del objeto droga es la defensa frente a lo real, pues el retorno de lo reprimido hace que lo intolerable vuelva.

En el verdadero toxicómano, las sustancias habrían perdido el estatuto significativo que alguna vez pudo haber existido al inicio del consumo, tiempo en que había elección por el objeto droga (Sinatra, 1995). La elección de consumo de sustancias en general se asocia a momentos de desestabilización fantasmática, en que la angustia es intolerable para el sujeto. Esto convertiría a un sujeto con consumo casual en toxicómano (Luongo, 1995).

A su vez, Unterberger (1995) realiza una distinción entre el goce del toxicómano del goce de la borrachera alcohólica. Existiría un alcoholismo en el cual el objeto alcohol está sometido a la ley del significante y es posible extraer satisfacción de ese objeto por la vía fan-

tasmática. Así, el goce retorna al sujeto en forma de culpa y vergüenza propias del fantasma. Al estar articulado con el fantasma del sujeto, el goce en estos casos permite ser concebido como un “modo de realización de su ser de objeto y en relación al deseo del Otro” (p. 67). El sujeto de este alcoholismo es uno que está dividido, y el alcohol, en tanto objeto, forma parte de la red simbólica, le “sirve al propósito de dar consistencia al fantasma, y ejercer el goce que éste conlleva” (p. 66).

Del mismo modo, existiría la otra vertiente del alcoholismo, en que el objeto alcohol intensifica el desvanecimiento del sujeto, asemejándose al goce toxicómano. En estos casos el sujeto se ofrece como objeto, y se rompe con el goce fálico, propuesta que va en línea de los autores expuestos previamente sobre la ruptura con el Otro (Unterberger, 1995).

### ***Sobre un goce enigmático.***

Una de las vías por las cuales se puede teorizar sobre la droga tiene relación con sus efectos. De entrada, es importante remarcar que el significante fálico funciona como límite al goce, lo que permite situar el goce fuera del cuerpo (Lora & Calderón, 2010).

El acceso al lenguaje hace que el acceso al goce se realice por medio de las zonas erógenas del cuerpo. La droga permite reencontrar el goce perdido por la entrada al lenguaje, al extraer un goce no por la vía del significante, un goce que lleva al más allá del principio del placer. Los efectos de las drogas son efectos reales en el cuerpo, pero enigmáticos. Asimismo, el lenguaje habría marcado el cuerpo del sujeto con significantes amos, que generan dolor, el cual se espera anestesiarse por medio de la acción del narcótico (Salomone, 2015).

Por lo mismo las drogas tendrían entre otras cosas cierta ventaja en comparación al significante, al introducir inmediatamente efectos reales en un cuerpo, sin necesidad de recurrir a los vericuetos que debe recurrir el significante para alcanzar algún grado de satisfacción. A su vez, el goce fálico prohíbe el re-encuentro con La Cosa, con el objeto materno, lugar mítico por el cual se espera llegar mediante el consumo de sustancias (Toyos, 2011).

La droga en el cuerpo pone en juego el surgimiento de un goce enigmático del cual no se puede dar cuenta por medio de significantes. Si el sujeto abandona el consumo de drogas, no le es posible el acceso a ese goce enigmático, y se confronta a una vivencia angustiosa, que no puede ser nombrada por vía del significante (Unterberger, 1995).

Los aspectos de la sociedad que han afectado en el pasaje desde el uso de drogas como ritual a las drogas como goce autoerótico, de las drogas naturales a las sustancias químicas tienen que ver con la oferta de drogas hoy en día. Esta excesiva oferta clausura de entrada la castración y cualquier pregunta por la dimensión subjetiva, ya que el Otro ofrece el saber sobre el cuerpo del sujeto, le otorga una respuesta completa sobre el goce, en un movimiento que va del amo al cuerpo: “de la copula entre el discurso científico y del discurso capitalista nacen moléculas significantes que hacen cadena con las moléculas significantes que constituyen el nuevo cuerpo humano” (Vigo, 2008, p. 95), cadena de la cual se goza.

En contraparte, el sujeto queda con un correlato enigmático, misterioso, de lo que sucedió en el cuerpo. Los efectos de la droga quedan por fuera del goce fálico, y no representan una experiencia subjetiva. Se trataría de un “encuentro con lo real por fuera del sujeto” (Vigo, 2008, p. 98). El sujeto se resta en esta operación, lo que trae como consecuencia, la no responsabilización que cumple el objeto droga en su economía de goce. El tóxico se ofrece al sujeto como un ideal de una comunicación completa y total con el Otro. Esto hace perder de vista las anteriores formas de entender la toxicomanía como un goce que se desengancha del Otro, pues el sujeto del toxico aquí está al servicio del Otro del discurso amo (Vigo, 2008).

Para Santiago (1993), -al igual Tarrab y Salomone-, la droga es un producto del discurso científico. El toxicómano no es alguien que quiere desconocer o ir en contra del goce fálico. Se trata solo de una forma más de lidiar con el malestar del deseo, como un tratamiento terapéutico, “una suerte de prótesis momentánea destinada a tratar el conflicto del sujeto con el goce fálico” (p. 140), como bien lo es en todas las neurosis en que el neurótico se confronta con el goce fálico en el síntoma. Este artefacto de la ciencia, es una oferta de tratamiento que bien podría ser vista como un recurso terapéutico.

Retomando el enigmático proceso que ocurre con las drogas, cabe añadir que es difícil entender algo del sujeto cuando el discurso toma como referente la droga, sin comprender el saber inconsciente del sujeto. Se advierte aquí un riesgo para cuando el toxicómano en proceso de abstinencia encuentra una nominación que proviene del Otro. El riesgo es que el discurso de un Otro, sea del discurso social, sea de una comunidad terapéutica, el discurso médico, religioso o cualquier otro, dé un nombre, un significante a este “goce enigmático”, a esa expe-

riencia angustiada sin nombre del sujeto. Esta nominación, impuesta desde Otro social puede alienar al ahora “ex-toxicómano” en un significante extranjero (Manzetti et al., 1995).

De producirse tal alienación desde un Otro social completo, existe una recuperación de goce, dada por la consistencia del Otro. No se trata entonces del Otro en falta y del recorrido por el deseo del Otro. Acá, los significantes son extraídos del Otro, no son producidos por el inconsciente del sujeto, por tanto, el sujeto no logra encontrar la causa del deseo. Dicha nominación estanca el goce, lo que no permite encontrar causa al goce toxicómano (Unterberger, 1995). Al igual que el objeto droga, representa para el adicto un objeto ideal, un objeto “sin tacha” que viene a representar un punto de significación unívoco y monótono (Manzetti et al., 1995).

En general se suele pensar que la función de las drogas tiene relación con el intento de escape u olvido de los problemas, preocupaciones, los cuales generan un goce del cual el sujeto no quiere saber. En esta línea, la droga presenta un escape no porque desaparezcan los problemas, sino porque lo que desaparece es el yo del sujeto, para-no-ser-más. No dejan de estar presentes los sufrimientos con la operación toxicómana, lo que deja de estar presente es el yo narcotizado (Calais, 1995).

Este “yo-no-pienso” que busca el adicto, se asocia a una monotonía que se le impone, la repetición de un mismo tratamiento. Esta monotonía es el opuesto y el rechazo al inconsciente, y todo lo nuevo que él pueda traer consigo (Calais, 1995). La droga es el sustituto de la represión, para dejar de pensar y que opera como separación de eso que angustia (Luongo, 1995).

Desde lo enigmático del efecto del objeto droga sobre el sujeto, habría también algo de la droga que le roba la palabra al adicto. Manzetti et al. (1995) aluden a la conceptualización sobre la droga que le sustrae la palabra al sujeto. Se evita la división subjetiva por medio del consumo de estupefacientes, mediante el cual, se alcanza a un goce más allá del sexual. El toxicómano no tendría demanda, pues no está dividido y no supone al Otro una queja. Además, el toxicómano viene colmado por un saber enigmático del mundo de las drogas que le entrega una completa identificación sobre sí mismo, por lo que la división es prácticamente inalcanzable en este punto.

Para Manzetti et al. (1995) el objeto droga representa un punto de significación unívoco, monótono, al cual no se logra articular la cadena significante, por lo que no se puede hablar sobre la droga, operando el silencio en ella, simbolización imposible, que huye de lo simbólico. Por medio de la “supresión tóxica”, el sujeto intenta silenciar conflictos, borrar lo intolerable, sin embargo, lo que se rechaza retorna, si bien no se sabe efectivamente cómo retorna, pues no es el retorno de lo reprimido, pero hay consecuencias que se asocian a la pulsión de muerte en esta supresión toxica (Salomone, 2015). El psicoanálisis habría ya argumentado que lo que está en juego en el uso de tóxicos es la función que ocupa la droga en la economía libidinal. La tramitación del goce por medio de las drogas fracasa en su intención de hacer no tóxico el goce (Toyos, 2011), como lo decía Tarrab. Lo que permite al deseo sortear del goce es vía hacia la falta. Si el deseo siempre se desliza, el goce es lo que se repite y vuelve siempre a lo mismo, por esto falla.

### ***Amor único.***

En las toxicomanías se observaría el fenómeno del “amor único”, aclarado ya por Freud en 1912 en la relación del alcohólico con el vino, debido a su especificidad con el objeto (Unterberger, 1995). Esto se explica al no tener que coincidir con un deseo ajeno al propio, el uso de sustancias entrega la ilusión de que una relación perfecta es posible (Carmona, 1995).

Abadi (1984) pone especial énfasis en la relación que se sostiene entre un sujeto y su objeto, poniendo en discusión el estatus de sujeto que tiene el adicto. Esta relación con el objeto sería de carácter “pasional de dependencia, idealización y fascinación, pero también de temor y sometimiento” (p. 1031) al objeto, lo que lleva a la ambivalencia con el objeto, que se torna finalmente de idealizado a persecutorio. En la adicción, se entra en la relación de dependencia, experiencia similar a la del infante de desamparo, en la que lo predominante es el objeto, como el niño es objeto de su madre, cuando este era omnipotente, “se establece así la relación con una “cosa inanimada” cuya presencia oculta la ausencia del otro, aplacando la angustia sin satisfacer la pulsión” (p. 1034). El objeto de la adicción sería un muy similar al de la dependencia infantil. Por esto mismo seduce, pero a su vez atrapa al sujeto. Le Poulichet (2012) así, hablará mismo como Abadi (1984), de la omnipotencia del toxico, esperando “todo” de un objeto.

#### 4. Las toxicomanías como fallas narcisistas.

Le Poulichet (2012) indica el recurso del *farmakon* como forma de automedicación y el tratamiento del cuerpo, y de la psique como órgano. La autora desestima el imaginario del toxicómano asocial, o en búsqueda de experiencias placenteras, ya que mediante la operación del *farmakon* lo que se buscaría es simplemente la normalidad. Cualquier sustancia puede llevar al tratamiento de un cuerpo, incluso simples «placebos» pueden engendrar una toxicomanía. Bajo el concepto “operación del *farmakon*” incluye procesos de abstinencia e intoxicación, circuito completo de dicha operación.

El estado de narcosis produce un repliegue narcisista, estado de semi-vigilia, a través del cual se retira la libido del mundo exterior que permite “borrar imágenes, pensamientos, acontecimientos o decires” (Le Poulichet, 2012, p. 58), principal motivo para utilizar las drogas. La semi-vigilia implica un aislamiento del ambiente, y con esto, el sujeto se dispone al tratamiento del cuerpo.

En el proceso de abstinencia ocurre una efracción entre el organismo y las cadenas significantes, que sólo pueden volver a juntarse al recurrir al *farmakon*, puesto que la retirada de la libido exterior se utiliza en función de ligar las excitaciones internas del cuerpo con los significantes. La abstinencia generaría estados de discontinuidad y crea dos dimensiones de experiencia, a saber, la alucinación de satisfacción del tóxico y el dolor (Le Poulichet, 2012).

En cuanto al proceso alucinatorio de este miembro fantasma, se trata en realidad, de una formación que crea un saber –oculto para el sujeto- sobre cómo tratar una pérdida de objeto, que no ha sido simbolizada y que estará en un registro alucinatorio<sup>3</sup>. En los periodos de abstinencia, se siente un “miembro fantasma”, como una mutilación de órgano, sentida como un órgano que viene desde afuera que se instala en el cuerpo. Esta forma de satisfacción ficticia va en contra de la temporalidad de la cadena significativa, habiendo una ruptura con la temporalidad, y la dimensión “ausencia” no es tolerable, por lo que se requiere una inmedia-

---

<sup>3</sup> Por alucinación, se alude a la noción freudiana en tanto alucinación como satisfacción primaria de deseo del Proyecto de Psicología (Freud, 1985, citado en Le Poulichet, 2012), en donde habría una satisfacción inmediata del deseo junto con la percepción alucinatoria del objeto, lo que ayuda momentáneamente a la pérdida del objeto. Se trata de una “ficción de una satisfacción alucinatoria”, como en los procesos primarios del sueño, en los que por medio de la reactivación de la imagen mnémica se genera la satisfacción.

tez de la satisfacción. Implica la irrupción de la discontinuidad -irrupción del miembro fantasma-, como sería el despertar de un sueño.

Respecto la dimensión del dolor, se produce a causa de la alucinación del miembro fantasma que solicita urgentemente la “supresión del dolor” por medio del tóxico, para lo cual se sirve de la concepción freudiana sobre el dolor<sup>4</sup>. La abstinencia reactiva un dolor narcisista cuyo fin es ligar las excitaciones, como en la hipocondría o en la enfermedad orgánica.

El proceso de abstinencia implica volver a un estado de desvalimiento de efracción entre organismo y cadena de significantes que se produce pues las cadenas significantes no logran organizar la realidad psíquica. La operación del *farmakon* es retomada por el toxicómano para lograr la “cancelación toxica” del dolor narcisista y la restauración de un objeto alucinatorio.

Las causas de que un sujeto presente una operación del *farmakon* entrañan una falta de elaboración del cuerpo, a raíz de un trastorno narcisista, es decir, una falta de elaboración del cuerpo pulsional. Lo anterior es condición previa de un fracaso de la función simbólica, de forma que la operación del *farmakon* opera neutralizando la castración, operando al margen de la dimensión del lenguaje. La cancelación tóxica reemplazaría la homeostasis del aparato psíquico en una “forma de goce, más acá de una dialéctica de la necesidad, del deseo, de la demanda y de la falta” (Le Poulichet, 2012, p. 69), en el que no se debe pasar por el Otro.

Los pensamientos se perciben como “efracción”, y cualquier mínima excitación es capaz de generar una efracción, “ya que el toxicómano necesita un estado de la psique prácticamente inerte” (p. 67). Así, pensamientos, imágenes y toda emergencia de producción psíquica se vuelve amenazante, es decir motivo para constituir efracción y fuente de dolor, pues ya estos elementos psíquicos no pueden elaborarse como significantes.

---

<sup>4</sup> Para Freud (1926) el dolor no tiene una partición a modo placer-displacer, más bien se trata de una efracción. El dolor adviene cuando no hay aún simbolización de una pérdida de objeto, cuando no se ha introducido aun la dimensión de “la ausencia”. Esta pérdida va a ser tramitada por medio del modelo de “alteración de órgano”. El dolor “sería la expresión de una «seudo pulsión» que intenta ligar las «excitaciones» tras una efracción” (Le Poulichet, 2012, p. 64). Puede haber también un “repliegue narcisista” a causa del dolor, respuesta que acontece en oposición a la representación. La diferencia entre una respuesta y otra es la relación del sujeto con sus objetos. En el repliegue narcisista hay falta de relación, mientras que cuando hay representación, hay relación erótica con estos, vía fantasmática. En el caso del toxicómano, se trata de un “dolor narcisista”, que usa como prototipo la hipocondría o enfermedad orgánica, y que surge desde una estructura más arcaica del sujeto, enlazada con un más acá del principio del pacer. No se trata de un síntoma, el que es metáfora en conexión al deseo del Otro (Le Poulichet, 2012).



Este tratamiento artificial del organismo y de las representaciones, como corte, anula el estatuto de sujeto. El cuerpo deja de ser simbolizado por los significantes, de manera que el cuerpo no está velado, y aparece entonces en la alucinación, el cuerpo como real. La superación de representaciones se debe hacer vía *farmakon*, en lo que debió haber operado la represión.

El uso de sustancias no es sinónimo de operación del *farmakon*. Las condiciones para que se presente esta operación es la “desaparición del sujeto” en este acto, en el sentido que el sujeto entra en conflicto con algo que se vuelve intolerable, y ese algo no pueda ser asumido en la dimensión simbólica. La operación del *farmakon* ubica al sujeto en una suspensión, lo anula y pierde su deseo.

### ***Creación de un nuevo cuerpo.***

En relación a la lógica especular, la operación *farmakon* construye un nuevo cuerpo, “prótesis”, con una realidad alucinatoria, que hace perder la subjetividad, al no entrar en la lógica especular y haber una ruptura en el proceso de alienación al Otro, por lo que el sujeto con operación *farmakon* no queda capturado por su imagen. Producto de esto, se pierden las referencias espacio-temporales y la experiencia de continuidad.

Otro de los efectos de la destitución de la subjetividad del cuerpo es la necesidad de administrar directamente el goce del cuerpo. El cuerpo ya no es otro, ya no se elabora el cuerpo en un marco simbólico, se genera un “real”, que no logra especularizarse, habiendo cuerpo en “exceso” en forma de presencia alucinatoria. La operación del *farmakon* se sostiene en la estructura de una formación narcisista, que sortea el proceso de alienación imaginaria y simbólica. Además de la falla del registro simbólico, se suma una falla desde el registro imaginario.

La operación *farmakon* crea un órgano, un borde. La operación del *farmakon* fracasa cuando no se llega al repliegue narcisista aún bajo uso de sustancias. Con esta nueva economía de goce se logra neutralizar algo de los sufrimientos que producen los síntomas. El cuerpo mediante el repliegue de la libido hace que el dolor rechazado retorne, y con esto, se vuelve a buscar la droga para anestesiarse el dolor. Lo que se rechaza simbólicamente vuelve en lo real (Salomone, 2015).

### ***Montajes de suplencia.***

Existen dos tipos de montajes narcisistas producto de la operación del *farmakon*, a saber, el de la suplencia y del suplemento. El montaje de la suplencia se caracteriza porque el cuerpo del sujeto es un lugar enigmático, inasequible. Los órganos del cuerpo no están en silencio, por lo que el sujeto debe hacer tratamientos a “la máquina” para silenciarlos. El *farmakon* suple el marco de referencia que entrega la instancia simbólica, lo real de este cuerpo no ha podido ser velado.

El deseo no logra operar, pues lo que consume al sujeto es el funcionamiento del cuerpo. Surge la urgencia, la amenaza, y la narcosis pasa ser entonces la forma en que sobrevive el sujeto, es algo vital<sup>5</sup>.

La suplencia no se condice necesariamente con las psicosis, hay casos de neurosis que darían cuenta de recortes reales también. No habiendo distancia suficiente del Otro primordial, el trayecto pulsional es interrumpido y el Otro primordial amenaza con la subjetividad del sujeto, por estar completo, por lo tanto existe un “llamado al goce”, que ocurre cuando se ha impedido de “manera parcial la simbolización de la demanda y del deseo, subsiste una parte de apertura al goce del Otro” (Le Poulichet, 2012, p. 127).

Así es que concibe Le Poulichet (2012) el “llamado al goce”, por medio de estos trayectos pulsionales interrumpidos, en quienes no logran identificarse en los significantes. “En este sentido, el deseo del sujeto no se ha elaborado como deseo de lo que le falta al Otro. El trayecto pulsional permanece suspendido, sin recortar un objeto para el deseo” (p. 128), es decir, que no vuelve del Otro lo que se supone que debería volver para cerrar el cuerpo, por ejemplo devolver en mirada o en voz, por eso, el cuerpo queda suspendido en el cuerpo de ese Otro. Entonces, “el objeto perdido no se desprende para producir una separación” (p. 128).

El montaje de suplencia logra –gracias a la narcosis- cerrar el cuerpo, bloqueando la apertura al goce. Con esto, se observa que de lo que se trata es de una falla estructural, que permite ligar las excitaciones internas por medio del tóxico. Al recurrir a la operación del *farmakon* se quiere arrancar del Otro primordial, pero paradójicamente, se lo conserva. Este

---

<sup>5</sup> Los no toxicómanos tiene un cuerpo en donde lo real permanece en su lugar. Cuando lo real del cuerpo es excluido, es posible la entrada del lenguaje y la configuración edípica en un sujeto, lo que no es factible en los pacientes toxicómanos (Le Poulichet, 2012).

“llamado al goce”, siempre viéndolo desde la autoconservación, es un llamado al Padre que no supo interponer su ley a La Madre, poner una distancia suficiente para la separación.

En los montajes de suplencia, no fue posible armar el enigma por el deseo del Otro<sup>6</sup>, debido a la no interdicción del Padre. A raíz de esto, el fantasma no logró articularse para brindar una respuesta al sujeto. El Otro primordial determina la respuesta en el sujeto, no se trata de un enigma pues este Otro le entrega una certeza. Lo propio del sujeto está impedido, “estos pacientes suelen describir su posición en el seno de la familia como la de un «neutro» o un «peón». Correlativamente, ciertas interrogaciones no han advenido, o han quedado suspendidas, y por eso no suscitaron el relanzamiento de «teorías» o de «novelas»” (p. 134). Esto repercute en un nivel identificador y de su sexualidad, puesto que habría una interdicción a pensarse. La protección al goce del Otro impide movimientos subjetivos en direcciones que no vayan a contradecir al Otro.

### ***Montajes del suplemento.***

Le Poulichet distingue distintos tipos de estos montajes. En el montaje como “prótesis narcisista” el *farmakon* sostiene una imagen narcisista, operando para que un sujeto logre encajar su imago con su imagen en el encuentro con el Otro, acorta la distancia entre imagen ideal e imagen real. El montaje se solventa bajo la lógica de una falla, que se compensa a modo de “suplemento fálico imaginario”. La adicción acá sería funcional e imaginaria. Se busca la insignia fálica, el reconocimiento. Este montaje muestra su fracaso al dejar en “suspensión” el verdadero conflicto psíquico en una “indecidibilidad”. Se alivia el dolor psíquico pero lo condena a su repetición. A veces tiene que ver con la protección frente a una formación depresiva.

La ambigüedad que lleva consigo este montaje implica una burla al mismo sujeto, pues paralelamente se presenta la falta y el taponamiento de la falta. Por medio de la opera-

---

<sup>6</sup> El montaje del fantasma va la mano con el montaje de la pulsión. Este guion permite asumir la pérdida del objeto y responde al enigma por el deseo del Otro. El sujeto va a descifrar el deseo del Otro en las fallas del discurso, y logra responder al ¿qué quiere de mí? Aquí se incuba el sujeto. El deseo del Otro primordial es la gran incógnita. Aquí, cuando el niño se interroga por su falta y la falta de la madre, es que simboliza el falo, la falta del Otro. A consecuencia de esto, el cuerpo se elabora en la cadena signifiante y comienza a ser mediado por la significación fálica, “el fantasma es lo que viene a poner en escena el deseo inconsciente del sujeto, o sea, a responder al enigma del deseo del Otro «taponeándolo» parcialmente con imágenes” (Le Poulichet, 2012, p. 132), es el marco de referencia según el cual el sujeto se va a relacionar con los objetos.

ción del *farmakon* se evita el cuestionamiento de estas ambivalencias, la toma de posición sobre su falta. Esto implica una detención del deseo, entrega una ilusión de control a lo que en realidad es una sobrecompensación del sentimiento de falta. El engaño del *farmakon* oscila entre la potencia y la impotencia, la no adecuación, desde una dimensión imaginaria, en donde lo insoportable es la castración.

El otro montaje del suplemento posiciona al *farmakon* como solución en el conflicto de un “duelo imposible”. A partir de una muerte o evento -que implica una pérdida enigmática para el sujeto-, se forma una toxicomanía. La muerte del otro lleva al sujeto a la problemática de la incompletud del Otro, que lo empuja a completarlo. El sujeto al dejar de ser objeto de la falta del Otro ausente, produce un duelo interminable, que mantiene la lesión dolorosa sin cierre.

En lugar de la elaboración de la pérdida, se suscita el tratamiento del cuerpo como un órgano. Se trata al yo como si fuese un objeto, produciendo la eternización de la falta real. Esto ocurriría pues el yo del sujeto no puede autoconservarse en el objeto ausente, por lo que se va a constituir un órgano doloroso con el fin de conservar al objeto. Le Poulichet piensa así las toxicomanías asociadas a la depresión, como automedicación de esta última. El miedo del sujeto es la sensación de vacío, sentimiento profundamente doloroso que se suprime con el tóxico.

Se trata de montajes del suplemento muy distintos según se trate de la búsqueda por una insignia fálica o por la amenaza al vacío. Las toxicomanías de suplencia y de suplemento no se corresponden con estructuras psíquicas, al modo de un uso psicótico y un uso neurótico. Existen usos que pueden ser pensados como uso fálico pero que en realidad pueden entrañar el resguardo contra el goce como montaje de suplencia.

La precedente revisión teórica muestra la variada teoría existente desde el psicoanálisis sobre las toxicomanías, lo que permite entender las múltiples funciones que puede tener una sustancia para un sujeto, razón por la que es importante considerar la pertinencia de estas teorizaciones en el uso de BDZs a largo plazo. En este sentido, los usos de las drogas no se condicen exclusivamente con la ruptura del goce fálico, y como se observó en el capítulo precedente se da a entender que los usos de sustancias pueden corresponderse con la lógica autoerótica, o como una defensa contra el goce, permitiendo regular el goce del sujeto. A su vez,

otros autores abordan la problemática de la toxicomanía desde la concepción de una falla en la constitución subjetiva. Si bien las teorías presentadas anteriormente permiten pensar sobre el uso de BDZs, es importante considerar los psicofármacos como tecnologías y la visión del psicoanálisis sobre estos objetos para contrastar la visión de las toxicomanías con la revisión teórica del próximo capítulo.

## CAPÍTULO IV

### PSICOFÁRMACOS COMO NUEVAS TECNOLOGÍAS

#### 1. Aspectos discursivos.

Un importante aspecto del psicoanálisis tiene que ver con el análisis de la época y tener una lectura que permita evaluar y conocer nuevos determinantes sociales en las constituciones subjetivas y en las nuevas formas de malestar. Así, de a poco se ha ido teorizando sobre los tratamientos psicofarmacológicos, sus efectos en los sujetos y en la práctica clínica. Existen distintas formas en que el psicoanálisis ha concebido los psicofármacos. Una de las formas en que el uso de psicofármacos es comprendido a partir del psicoanálisis es bajo la lectura que la disciplina presenta sobre la civilización y cómo esta afecta en la constitución del sujeto.

#### *Discursos de la época.*

Una de las lecturas sobre la sociedad indica que actualmente habría una caída del Nombre-del-Padre, en donde el ideal fálico de otras épocas ha sido reemplazado por un empuje a acceder a un *plus* de gozar. La sociedad hoy no estaría regulada por el principio del placer. Algo de la ley del Padre y del registro simbólico ha sido despojado de la cultura, y las leyes y valores que antes eran un límite para la satisfacción de los sujetos ya no operan en este sentido (Racciatti, 2012; Sinatra, 2000).

De esto se desprenden mayores posibilidades de satisfacción en la sociedad y el imperativo a gozar característico de la modernidad. Las subjetividades se modifican también y exigen el goce inmediato, con la idea que de un objeto se puede extraer un goce. Entre todas las drogas existentes, los psicotrópicos son uno de los recursos del amo moderno. Es el objeto que soluciona y repara los problemas de las personas (Sinatra, 2000).

El psicoanálisis enlaza los psicofármacos con el discurso científico por un lado, y por otro lado, con el discurso capitalista, ambos discursos amos en la sociedad. Los ideales del discurso social sobre la felicidad, productividad y bienestar, implican sobreponerse a los estados emocionales que pudieran interponerse con estos fines (Racciatti, 2012), con lo cual habría un riesgo a “[...] normalizar la conducta y suprimir los síntomas más dolorosos del sufrimiento psíquico sin buscar su significación” (Roudinesco, 2013, p. 21). Así, para algunas

corrientes del psicoanálisis, uno de los síntomas del sujeto moderno es el no saber enfrentar la adversidad (Gómez, 2007; Racciatti, 2012; Sinatra, 2000).

El riesgo a la normalización sin cuestionamiento de las causas del malestar es una de las principales críticas que hace el psicoanálisis a la medicalización de la sociedad, puesto que lo que podría quedar rechazado en dicha operación es el sujeto cuando no se considera el deseo particular (Gómez, 2007; Silveira, Martins & Rodrigues, 2015).

Otro motivo por el cual el psicoanálisis es cuidadoso frente al uso masivo de psicofármacos tiene que ver con entregar una respuesta universal, del “para todos”, que puede conducir a la desaparición de la subjetividad. El deseo se opone a cualquier norma, es único y singular. Por tanto, el psicoanálisis se opone a todo intento de terapéutica que pretenda “estandarizar el deseo para encarrilar al sujeto en el sendero de los ideales comunes” (Miller, 2011, p. 36) en donde el sujeto se pierde. Es a esta pérdida de subjetividad a lo que se contrapone el psicoanálisis, no a la medicación de por sí.

La medicalización y el uso de benzodiazepinas desde una visión psicoanalítica pueden ser explicados como una manera de controlar la vida de los individuos que es avalada y fomentada desde el modelo de salud hegemónico. Todo lo anteriormente descrito admite ser concebido para las BDZs, pastillas cuya prescripción tiende, según Silveira et al. (2015), a ser prescrita para problemáticas vinculadas a la condición de sujeto del lenguaje, más que a obedecer a una terapéutica. Por sus características, el uso de BDZs puede ser la respuesta del sistema médico a la falta de sentido vital, lo que a su vez es facilitado por los procesos de medicalización. Las BDZs pueden ayudar a sentirse útil, a tener una adecuada vida social, a rendir mejor en el trabajo, a descansar un poco del sufrimiento cotidiano, etc., es decir, a las angustias propias de la existencia humana (Silveira, et al., 2015).

A su vez, al ser adictivas abren la posibilidad a su dependencia, razón por la que el discurso capitalista se sirve y extrae toda su plusvalía, pues por un lado arregla, repara un cuerpo, es decir, aumenta el poder de producción de éste, respondiendo a las necesidades del capitalismo, escondiendo dolores y sufrimientos en la búsqueda por la normalización y, por otro lado, las BDZs potencian la industria farmacéutica, al ser drogas de amplia venta en el mercado (Silveira et al., 2015).

### ***El silencio de los psicofármacos.***

Mientras que el capitalismo pretende llenar el lugar de la falta con objetos, el psicoanálisis manifiesta que donde hay falta, hay deseo. Si no hay espacio para la falta, el sujeto queda en la dimensión de la necesidad, y no hay paso para el deseo. Algunos autores proponen en este sentido, que los psicofármacos estandarizan el deseo al tratarse de objetos producidos por la ciencia (Lora & Calderón, 2010; Silveira, et al., 2015). Estas teorizaciones psicoanalíticas darían cuenta de un cuestionamiento de la medicación, estableciendo que los tratamientos con psicotrópicos abolen una parte de subjetividad humana, el sufrimiento, y que los discursos psiquiátricos tienen un efecto de desresponsabilización subjetiva frente al malestar psíquico. El principal síntoma que observa el psicoanálisis en el uso de psicofármacos es el posible aplastamiento de la subjetividad, que lleva a eludir la responsabilidad de sobreponerse al malestar que exige la existencia (Gómez, 2007).

Cabe resaltar que el psicoanálisis no se opone al tratamiento farmacológico, sino que se opone al medicamento que viene a dar consistencia y respuesta al sujeto, y por tanto, a cerrar el inconsciente. En la práctica psicoanalítica, el analizado debe hablar para implicarse en su posición subjetiva frente al síntoma, mientras que el medicamento obstruye el inconsciente (Gómez, 2007; Racciatti, 2012).

Bajo esta mirada, el uso de psicofármacos es pertinente cuando el exceso de goce no permite al sujeto desplegar la palabra, y no se logra realizar una demanda al Otro. La idea no es medicalizar los afectos que puedan orientar la posición subjetiva del sujeto, sino que el uso de fármacos promueva la apertura al inconsciente y situar su posición de goce (Gómez, 2007; Racciatti, 2012).

### ***El ideal médico.***

El discurso capitalista, desde el mandato a gozar, promueve la satisfacción de las pulsiones de forma inminente, a través de objetos de consumo y la sustitución de objetos, estandarizando el deseo. Los psicofármacos pueden crear la ilusión desde el ideal médico que los problemas se resuelven mediante un objeto de la ciencia, en que para cada sufrimiento hay una pastilla. El psicofármaco es visto hoy en día como objeto ideal, omnipotente, del cual se esperan los cambios y respuestas, mientras que de parte del sujeto no se espera nada (Lora & Calderón, 2010; Racciatti, 2012).



Para Sinatra (2000), los psicofármacos son utilizados desde el ideal médico para compensar -de forma “cínica”- injusticias subjetivas, que son el producto de injusticias sociales, como pobreza, marginación, racismo, entre otras, lo cual se relaciona con la medicalización de lo social. La farmacodependencia es el precio social que pagan hoy las sociedades para integrar a los marginados de la sociedad (Solal, 2004). Sin embargo, por muy “ideal” que parezca el objeto fármaco, no es posible sortear el hecho que todo medicamento es un *farmakon*, es veneno y remedio a la vez, nunca carece de todo mal (Toyos, 2011).

La ambigüedad de todo *farmakon*, se observa con la emergencia de otros sufrimientos y nuevos tipos de goces. Se evidencian así intoxicaciones, sobremedicación, farmacodependencia, tráfico de medicamentos, es decir, el objeto fármaco se desborda e invade la sociedad por fuera del saber médico y por fuera de la figura del médico. Todo poder curativo que se otorga al medicamento retorna en forma sintomática (Gómez, 2007).

Igualmente, desde el momento en que existen nuevas invenciones de goce, esto se va a reflejar en el encuentro con la pastilla. El objeto del psicofármaco es un producto que obedece a una prescripción, y no opera al margen de los registros simbólico, imaginario y real. A veces no se obtiene de un fármaco el efecto esperado, y aparecen así los efectos adversos, contrarios a todo cálculo, que tiene que ver con que no todo viene del objeto, hay un sujeto, por tanto, los efectos son subjetivos, no sólo fisiológicos (Toyos, 2011).

Lacan (1985) en “Psicoanálisis y medicina” advierte los riesgos asociados con el ingreso de la medicina al área científica, y augura las exigencias a las que la figura del médico será sometido por el mundo científico. Los desarrollos científicos vienen de la mano con el derecho a la salud y las demandas que las organizaciones de salud vienen a imponerles a los médicos. Entre estas exigencias subraya la relacionada con los fármacos, ya que el médico deja de tener esa imagen de sabiduría, y cuando es reclamado por el mundo científico, probablemente sea para ser un surtidor de agentes terapéuticos, en función de éste.

Lejos de oponerse a la ciencia, Lacan (1985) destaca la falla inherente entre la ciencia y la medicina con el cuerpo. El cuerpo se caracteriza por la dimensión del goce. El cuerpo es el medio para gozar de sí mismo y es la dimensión excluida del saber científico. No hay acceso al goce como saber. Solo la dimensión de la ética es la que va a ir asociada con el goce del cuerpo. La forma en que el médico podría oponerse a la productividad científica de la medici-

na, sería a través de la demanda del enfermo, en cuyo interior se aloja la relación del sujeto con su goce del cuerpo. Goce y demanda son los puntos de referencia de la dimensión ética del médico.

La propuesta del psicoanálisis se opone al ideal médico de la salud mental, y curación. Para el psicoanálisis no hay salud mental, puesto que la enfermedad es intrínseca al hombre, habría una falla esencial que imposibilita que esté ausente la enfermedad, “el aparato del deseo, que es singular para cada uno, objeta la salud mental” (Miller, 2011, p. 36).

El sufrimiento psíquico no es reducible a una alteración bioquímica, hereditaria o biológica. Desde el psicoanálisis, el síntoma no es una enfermedad que tenga cura, sino que una verdad inconsciente. El lugar del síntoma es un lugar de verdad inconsciente. El ideal de curación propuesto por la salud sostiene, a veces de manera ilusoria, la desaparición del malestar en las personas. Utilizar el lugar de la verdad como especialista, solo va a hacer ceder a la demanda del paciente con soluciones rápidas, llenar de saber desde el Otro y no la verdad desde el Otro del inconsciente (Silveira et al., 2015).

Uno de los principales motivos por los que consultan las personas hoy en día, es en función de la angustia. El ideal médico va a entregar una respuesta rápidamente con el fin de “desangustiar” al sujeto. El psicoanálisis, por otro lado, sostiene que mediante la angustia y la culpabilidad se produce la división subjetiva, momento radical para el sujeto, puesto que cuando hay angustia es cuando se “plantea la buena pregunta, aquella del deseo. Estamos angustiados cuando no sabemos lo que el Otro quiere de nosotros” (Laurent, 2004, p. 9). La angustia es una guía que orienta hacia lo real en el sujeto, como lo planteó Lacan (2015), “la angustia, de todas las señales, es la que no engaña” (p. 174), es decir que sin la angustia, el neurótico vive en oscuridad acerca su deseo.

### ***Género y BDZs.***

Algunos de los mandatos del discurso capitalista ocupan un lugar especialmente en las mujeres. En relación al uso de BDZs, la mayor prevalencia del uso por mujeres se puede entender por problemáticas de género y las relaciones de poder en el uso de estas pastillas en la población femenina (Silveira et al, 2015).

La posición femenina es en muchos países asociada a sufrimiento y opresión. El géne-

ro femenino suele tener mayor sobrecarga en la sociedad debido a que las relaciones de poder son asimétricas. La asunción de un rol sexual no tiene que ver únicamente con una posición social, sino que la constitución subjetiva. Todo sujeto hablante debe atravesar la castración y la pérdida de goce que esto conlleva. En la constitución sexual femenina, hay algo que no se responde completamente desde la lógica fálica, que no puede ser resuelto mediante objetos.

En la posición femenina hay algo que queda por fuera del lenguaje, un vacío que no se puede llenar. De esta forma, la posición femenina debe lidiar doblemente con la ausencia, al someterse a la normativa fálica por ser un sujeto del lenguaje y, por otro lado, en relación a su propia posición sexual, que no se cubre todo por completo bajo la lógica fálica. Esto se relaciona con la medicalización y el mal uso de prácticas y políticas de salud, pues al tener que lidiar doblemente con la falta, falta que la ciencia intenta llenar y medicalizar, es más probable que exista mayor medicalización con benzodiazepinas en las mujeres, bajo la promesa de llenar una falta que es existencial (Silveira et al., 2015).

## **2. Psicofármacos como objetos tecnológicos.**

En la sociedad actual, sociedad de la abundancia, los cuerpos del mundo actual no se bastan así mismos, razón por la que la sociedad produce, genera objetos, los cuales siempre funcionan como un exceso pulsional, como una promesa de un exceso de goce. Va a haber una transferencia medicamentosa del sujeto al medicamento como objeto, que va a incidir como objeto, desde una perspectiva libinal. El medicamento va más allá de la química, de lo esperado, de todo cálculo presupuestado (Laurent, 2004).

### ***Tipos de medicamentos.***

El tema de la ambigüedad de la droga, se observa en el concepto *farmakon*, término que designa cómo en un mismo elemento convive tanto el remedio y el veneno, dando a entender la paradoja intrínseca de las sustancias. Una de las paradojas que introducen las sustancias tiene que ver con las repercusiones en la economía psíquica de un sujeto. Los “quitapeñas” son calmantes para un sufrimiento, sin embargo, conllevan un goce en el sentido de veneno y pulsión de muerte, aunque el sujeto que los use espera gozar del cuerpo sin que el deseo le sea expropiado (Toyos, 2011). El fármaco, como el objeto *a*, tiene una parte de él que va por la línea del placer, y otra parte, que se pierde por el más allá del principio del placer,

que se observa en los efectos secundarios que toda pastilla conlleva. No es posible extraer solo satisfacción de la pastilla, ésta siempre comporta algo mortífero (Laurent, 2007).

Los fármacos son un objeto libidinal, que se presenta en cuatro dimensiones diferentes, como *farmakon*, como placebo, como “más de vida” y como anestésico (Laurent, 2004).

En su primera dimensión, como *farmakon*, el medicamento tiene una doble identidad, de remedio y de veneno. El remedio más temprano que tarde, pasa a ser una enfermedad, puesto que el medicamento “siempre es susceptible de bascular hacia el veneno. Por el hábito y la necesidad de lo nuevo, hace aparecer una suerte de *automaton* natural de la repetición en el organismo” (Laurent, 2004, p. 39). Esto se condice con el más allá del principio del placer freudiano, donde en la búsqueda de un equilibrio y bienestar se encuentra en contigüidad con el vicio y dependencia, y su compañera, la compulsión a la repetición.

En su dimensión de “placebo”, se puede observar al medicamento además de ser objeto de la libido, en su dimensión de insatisfacción, de siempre pedir “más”, por medio del engaño al organismo, asociado a procesos sugestivos. No es pertinente desmerecer este elemento falaz, ya que en él se evidencia lo que ocurre con todos los fármacos, pues todos tienen efectos subjetivos asociados en él. Sin ir más lejos, las sustancias con propiedades activas presentan un mayor componente placebo pues ya induce una creencia en sí misma. El placebo muestra la imposibilidad de extraer de cualquier medicamento un efecto terapéutico “puro”, siempre existe un grado de incerteza en todo medicamento (Laurent, 2004).

En la dimensión “medicamentos de la libido”, Laurent (2004) categoriza fármacos cuyos efectos son “libidinizantes”, objetos de los cuales se espera extraer un “más vida”. Se sitúan acá medicamentos como viagra, ansiolíticos, antidepresivos, pues la promesa aquí es extraer un nuevo goce, que liberaría al sujeto del sufrimiento y dolor, por una operación de olvido engañadizo, “los medicamentos de la libido revelan y esconden al mismo tiempo la relación del sujeto al apetito de vivir” (Laurent, 2004, p. 42), siendo un señuelo del sentimiento de vida.

Finalmente, en la dimensión del medicamento como “anestésicos” Laurent (2004) incluye algunos de los psicotrópicos. Acá se ubican los medicamentos que Lacan (1967) advierte cómo objetos que si bien pueden obnubilar, temperar, interferir, modificar, no se sabe cómo actúan en el sujeto, o cuáles son los alcances de estas transformaciones o el sentido que tienen.

### *Psicofármacos desde los registros imaginario, simbólico y real.*

Aunque el psicofármaco sea un producto producido por otro, prescrito por otro, el efecto que tendrá en el sujeto y la relación que este tenga con él está vinculado a la subjetividad de cada cual, y es un cálculo que no puede venir totalmente desde el Otro de la ciencia. Laurent (2004) va a señalar que un objeto medicamentoso va a incidir en los tres registros del sujeto. Si bien el “medicamento está extraído del lenguaje por la ciencia pero es el sujeto quien lo reintroduce en la estructura” (p. 44), determinando diferentes efectos según cada sujeto. De la misma forma, Vicente (2018) concibe al psicotrópico bajo la lógica de la economía subjetiva y libidinal en el que se inscribe en cada sujeto. La autora enmarca diferentes usos del fármaco, que pueden ir desde el objeto ideal hasta el objeto *a*.

En el registro simbólico, el medicamento se articula a la cadena simbólica como objeto de demanda, la cual puede ser continuar o discontinuar con la prescripción, producir mayor somnolencia, dependiendo del sujeto, el “sujeto del medicamento, aquel que lo acompaña como su propia sombra, efectúa la reinscripción del medicamento en la categoría del dicho” (Laurent, 2004, p. 44). Habría que distinguir distintas demandas que pueden aparecer por parte del sujeto, pues la demanda puede tener una dimensión real, una simbólica, o imaginaria del objeto:

La demanda de un objeto que debe aportar una respuesta imaginaria o la demanda imaginaria de un objeto simbólico negativizado. La demanda puede variar aún a la exigencia de una exacta repetición, de una fijación de la medicación a una pura repetición automática. El objeto de la demanda sale entonces de su dimensión simbólica. Podemos entonces separar la exigencia de un objeto imaginario de la exigencia de un objeto real o incluso del rechazo real del objeto. (Laurent, 2004, p. 45).

El medicamento también se articula a la cadena significativa en un sujeto en relación con el significante que designan al objeto, lo que tiene más que ver con la industria farmacéutica que permitirá que un significante represente al sujeto. El medicamento se articula en lo simbólico a su vez al ser el medicamento un Otro del lenguaje, un significante en sí mismo, formando parte de una cultura como eran las drogas en los pueblos más originarios (Laurent, 2004, p. 45).

En la época moderna, el medicamento se inscribe en el Otro desde el discurso científico, pues tiene un saber, una ley que determina la forma en que se adquiere este medicamento, las formas de prescripción, está totalmente inmerso en las operaciones simbólicas del Otro. El medicamento es mucho más que sus compuestos activos, está creado por un Otro y sigue una ley en su uso. En otras ocasiones, se logra comprender que el fármaco tiene una función de interpretar el deseo del Otro resolviendo este enigma. Esto último puede ocurrir cuando hay otra persona más implicada en el tratamiento de un sujeto, como suele ocurrir en los tratamientos con niños (Vicente, 2018).

Finalmente, desde el registro imaginario se presentan los efectos de significación desplazados al medicamento, qué se espera tras la ingesta, que se ubica del lado yoico, a la imagen corporal, a la identidad, sentimientos de femineidad/ masculinidad. A veces un fármaco permite acercar la distancia entre el ideal del yo y el yo ideal del sujeto. Especialmente se ubican acá los efectos de significación fálica (Laurent, 2004; Vicente, 2018), los usos que permiten poner el falo en función, y permiten ser un soporte para el sujeto, o “una muleta para el falo”, los consumidores del rendimiento, para poder enfrentar al Otro sexo, cuando no se logran tolerar las limitaciones del falo, todos estos son usos en donde prima el efecto imaginario (Naparstek, 2008).

A su vez, dentro del registro imaginario estarían los usos vinculados a la “psiquiatría cosmética”, en las demandas asociadas a los mandatos del discurso capitalista de belleza, éxito y felicidad (Laurent, 2004).

El efecto real de los fármacos es fuera de sentido, como sería con la droga, es un más allá del goce fálico (Laurent, 2004). Se puede entender al fármaco como objeto que puede apuntalar el registro simbólico cuando este es precario desde lo real. También puede ayudar a la represión, o como mecanismo de control desde algo más superyoico cuando fracasan los mecanismos propios del sujeto de control, un psicofármaco puede ayudar a habitar un cuerpo, o a hacer un cuerpo, tal como lo indicaba Le Poulichet con la operación del *farmakon* (Vicente, 2018).

Lo enigmático de los psicotrópicos, como mensaje químico en el cuerpo, es pensado como el desconocimiento de lo que ocurre en el cuerpo puesto que este medicamento es prescripto por otro, que no es el Otro del inconsciente (Vigo, 2008).

El medicamento hace nuevas separaciones en el cuerpo, hace recortes en el cuerpo y el sujeto accede a un goce desconocido al que se accede únicamente vía el fármaco. Así, se aprende a gozar de partes del cuerpo mediante un artefacto artificial, teniendo acceso a este nuevo goce. La prescripción hecha por otro, produce un goce normativizado (Laurent, 2004).

Además, por medio de la repetición, el medicamento se relaciona con el inconsciente, es “consonante” con el inconsciente. Esta reiteración del *farmakon* lo hace omnipresente como objeto de la actualidad, “más allá de la oposición entre el medicamento que hace hablar y el medicamento que hace callar, reconozcamos en el medicamento que realinea al sujeto al lugar del Otro [...]” (Laurent, 2004, p. 50).

Posteriormente, Laurent (2007) concibe a los psicofármacos como objeto *a*, a partir de la concepción del objeto *a* como objeto *plus de goce*, no como objeto relacionado al deseo, como un excedente que no tiene valor alguno, como exceso de goce. El cuerpo imaginario tiene un orificio, orificio que en tanto imaginario está vacío, marca una falta, es el  $-\phi$ . Y aquí, el goce puede advenir, pues falta algo en el campo de la representación, de la imaginarización. En cambio, cuando hay angustia, se entra en el campo de la presencia, en donde la falta, que debe estar vacía, está ocupada. Se requiere que se mantenga vacío el lugar de la angustia para aceptar el cuerpo y los objetos, lo cual no es factible en la actualidad, que viene a completar las fallas del cuerpo mediante el psicofármaco. En tanto objeto *a* liberado en la sociedad actual, a disposición del sujeto moderno y que circula por los mercados como objeto producto, este objeto promete *plus* de goce, pretende recuperar el goce perdido producto de la castración.

El fármaco puede ser tanto un objeto *a* como un objeto de registro fálico. Un mismo medicamento puede introducir en un sujeto el sin límites como acceso al goce femenino como en otro sujeto puede introducir una inscripción fálica, o introducir el goce autoerótico. Habría en los psicofármacos elementos que se pueden asociar al significante, que suelen utilizarse con fines de potencia imaginarios o desde un ideal simbólico, objetos de insignia fálica cuya finalidad es cubrir la falla real del cuerpo (Laurent, 2007).

Por otro lado, el psicofármaco como objeto *a*, en el sentido real del objeto, es un objeto que se opone a ingresar en el campo de los significantes. El psicofármaco sería irreductible al significante amo, al significante de la prescripción del Otro, a la categorización en una en-

fermedad, puesto que una misma sustancia sirve para distintos trastornos mentales. En la medida en que el fármaco es introducido al cuerpo, éste funciona como objeto semblante con efectos reales. En este sentido, los medicamentos consiguen ampliar el marco de referencia de las sustancias tóxicas (Laurent, 2007).

Laurent es crítico respecto a la llamada “psiquiatría cosmética”, pues esta referencia hace pensar en el mundo de las imágenes, de modas, simplificando la forma que los fármacos deben ser pensados. Para el autor, en cada civilización los cuerpos intentan sostenerse sobre “sustancias”, las que al igual que las épocas, van mutando, y estos cambios de las épocas provocan efectos de desplazamiento de estas sustancias, no modas. Por lo mismo, la posición que los analistas deben tomar frente a la postura de los medicamentos es la relación del sujeto con la sustancia (2007).

La teoría psicoanalítica sobre los psicofármacos considera un ampliado uso de los psicofármacos. Los psicofármacos al ser objeto de la ciencia o del mercado, son un significativo amo de la época contemporánea. Para esto, se considera la subjetividad moderna, el contexto en el que está inmerso el sujeto, en tanto este es capturado por los discursos capitalistas y de la ciencia, que vienen a hacer pensar en tapan la falta del cuerpo imaginario, a prometer un *plus* de goce. Para el psicoanálisis, el sufrimiento psíquico no es una enfermedad por curar, lo que muchas veces puede ir en contra de cierto ideal médico. Cierta sufrimiento es necesario incluso para la constitución del ser humano, de lograr asumir la responsabilidad de tener que afrontar la adversidad, y que el síntoma sea el que pueda hablar desde el inconsciente (Racciatti, 2012; Roudinesco, 2013; Silveira et al., 2015). Laurent (2004) considera los medicamentos del espíritu en su estatuto de objetos libidinales, vinculando el fármaco con el inconsciente debido a su característica de repetición. A partir de la repetición y del goce del cuerpo que va a recibir ese fármaco, el sujeto va a estar inmerso en el objeto. El sujeto hoy en día tiene acceso al recurso fármaco como “objeto *a* liberado”, objeto producido por la ciencia y separado del sujeto, que al introducirse al cuerpo genera *plus* de goce.



## METODOLOGÍA

### 1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

#### **Pregunta de investigación.**

¿Qué estructuras discursivas determinan la relación sujeto objeto-BDZ en pacientes atendidos en un contexto de salud pública que presentan un uso prolongado de este medicamento?

#### **Preguntas directrices.**

1. ¿Qué efectos tiene la concepción del yo en el uso de fármacos? ¿Qué ideales se ponen en juego a través de la ingesta de BDZs? ¿De qué manera piensan las personas con uso crónico de BDZs que las pastillas cambian o modifican su experiencia consigo mismo?
2. ¿Para qué utilizan un fármaco de forma crónica las personas que se atienden en contextos de salud pública? ¿Qué efectos tienen estas acciones en su forma de vivir la cotidianidad?
3. ¿Cuáles son las situaciones que llevan a una persona a usar de forma crónica el objeto BDZ? ¿Cuáles son los motivos por los cuales un sujeto con uso de BDZ a largo plazo precisa tomar BDZs en su vida cotidiana?
4. ¿Cuáles son las interpretaciones de las personas con uso crónico de BDZ sobre los efectos del fármaco? ¿De qué manera piensan las personas con uso crónico de BDZs que las pastillas cambian o modifican su experiencia con los otros, o que afecta en las relaciones que tiene con los demás? ¿Cómo describiría/ evaluaría una persona con uso de largo plazo de BDZs la relación que establece con el objeto BDZ?

### **Objetivo general.**

- Determinar las estructuras discursivas que sostienen los usos prolongados que realiza un sujeto del objeto-benzodiazepina, en el contexto de salud pública.

### **Objetivos específicos.**

1. Describir las formas de sujeto o de “presentación de sí” de los discursos de pacientes con uso prolongado de BDZs atendidos en contextos de salud pública.
2. Describir “acciones” que determinan la relación a las BZDs presentes en los discursos de pacientes atendidos en contextos de salud pública con uso prolongado de este fármaco.
3. Describir las formas de presentación del “objeto-BZD” en los discursos de pacientes atendidos en contextos de salud pública con uso prolongado de BDZs.
4. Establecer las relaciones estructurales entre los sujetos, acciones y objetos de los discursos de pacientes atendidos en contextos de salud pública con uso prolongado de BDZs.

## **2. MARCO METODOLÓGICO**

### **Diseño.**

Desde los objetivos planteados y la pregunta guía para el presente estudio, el enfoque cualitativo bajo el que se realizó la investigación fue el enfoque estructuralista, el cual permitió establecer una relación entre la realidad social y subjetiva de los individuos. De acuerdo a este enfoque, las percepciones y la creación de realidades subjetivas y sociales están determinadas por los sistemas culturales de significados (Flick, 2007).

El modelo hace una distinción entre la superficie de experiencia de las actividades de las estructuras profundas de las actividades. En las primeras, el individuo tiene acceso a los procesos reflexivos cotidianos, los cuales se relacionan con las intenciones y los significados subjetivos asociados a las acciones. En cambio, en las estructuras profundas de las actividades se trata de pensamientos no accesibles a la conciencia del participante, y se trata de procesos reflexivos los cuales están insertos ya sea en modelos culturales o en las estructuras latentes inconscientes (Flick, 2007).

De esta forma, este diseño se presta para los fines de la investigación, al pretender analizar las estructuras discursivas que determinan la relación del sujeto con el objeto benzodiazepínico y acceder a procesos de pensamiento inconscientes y latentes del discurso.

### **Participantes.**

La muestra a utilizar para la investigación se compuso por usuarios de un CESFAM o de un CESAM correspondientes a una comuna en la zona sur de la ciudad de Santiago. Se realizó un muestreo intencional por conveniencia (Flick, 2007), debido a que la investigadora tenía facilidades para entrevistar pacientes en dichos centros.

Los criterios muestrales de inclusión fueron los descritos a continuación:

- **Cronicidad:**

No existe consenso en la literatura sobre cómo definir uso a largo plazo (Haafkens, 1997). A modo general, el proceso de dependencia en los usuarios evoluciona después de dos años de uso continuo (North, et al., 1995). Los usuarios a largo plazo de benzodiazepinas pueden tomar la medicación de forma diaria o intermitente. El estudio de Haafkens consideró como criterio para largo plazo, usuarios que ingerían el medicamento diariamente por al menos un año (Haafkens, 1997). El estudio de Gabe & Thorogood (1986) en base a que en su investigación más de la mitad de los participantes había usado el fármaco por varios años, calificaron como usuarios de corto plazo a usuarios de BDZs de hasta dos años, y mayor a este plazo como usuarios de largo plazo. La muestra en el estudio de Cooperstock & Lennard (1979) concluye que 1% había usado el medicamento durante menos de un mes, el 8% lo había usado de un mes a un año, el 24 % de un año a cuatro años, y el 67% había usado tranquilizantes entre cuatro y dieciocho años.

En base a estos estudios se estableció como criterio de largo plazo según lo establecido por Gabe & Thorogood, es decir, se consideró como uso de largo plazo al uso mayor a dos años continuado de BDZs, lo cual fue contrastado con la base de datos del sistema informático del Cesfam y del Cesam.

- **Diagnósticos:**

Por lo general, quienes usan este fármaco se trata de personas que tienen diagnósticos de ansiedad, insomnio o problemas sociales (Haafkens, 1997). Sin embargo, el estudio no

contempló diagnósticos específicos para la selección de los participantes, siendo el criterio de selección el uso continuado de más de dos años de BDZs.

Sin embargo, gracias a que el estudio se realizó en un Cesfam y Cesam, se buscaron usuarios ingresados al programa de salud mental, que por lo mismo recibían consultas de salud mental por un médico general o un psiquiatra.

- Edad y sexo:

El criterio de edad establecido fue de 30 a 50 años. La razón de este criterio obedeció a los objetivos del estudio. Debido a que las BDZs pueden ser prescritas en muchos casos para problemáticas sociales, o habría una alta prescripción de benzodiazepinas en mujeres que consultan por molestias físicas en los médicos de atención primaria (De la Cerda & Rojas, 1994), se intentó a través de la variable edad incluir en el estudio sólo usuarios que estuvieran usando el fármaco con un fin terapéutico relacionado a un diagnóstico de salud mental.

En cuanto a la edad, el estudio de CONACE (2010) indica tendencia al aumento para todos los tramos de edad en consumo de benzodiazepinas por tramo etario, aunque no significativas estadísticamente. La edad de riesgo para el consumo de benzodiazepinas era el tramo comprendido entre los 50 a los 65, con un riesgo 4,27 veces mayor que el resto de la muestra (Montero, et al. 2005), lo que se asocia a una elevada prevalencia de insomnio en este tramo etario (Busto, 2000).

Basado en los datos anteriores, el criterio edad fue pensado en personas no mayores de 50 años con el fin de excluir el uso de BDZs asociado al insomnio causado por edad avanzada o dolencias físicas, para lo cual se optó por usuarios en edad activa. Este criterio de exclusión sirvió además para descartar usuarios de BDZs con problemas sociales producidos por la vejez como aislamiento, marginalización, viudez, jubilación entre otros.

En relación a la variable sexo, en prácticamente todos los estudios se establece una mayor prevalencia en las mujeres. Un estudio chileno sobre la tendencia de uso de benzodiazepinas en una farmacia reflejó que un 70% de las prescripciones de benzodiazepinas pertenecía al género femenino (Yates & Catril, 2009). Otro estudio muestra que el uso de estos fármacos es el doble en el caso de las mujeres en la ciudad de Santiago (Busto, 2000). La prevalencia vital es de 81% en mujeres que se atienden en APS (De la Cerda & Rojas, 1994).

Además, las mujeres ingieren estos fármacos en categorías más perjudiciales (dependencia) (Busto, 1991).

El estudio de CONACE (2010) para consultantes de salas de urgencia indica que la única droga que presenta diferencias estadísticamente significativas entre sexos fueron las benzodiazepinas, con 17,6% en hombres y 27,2% en mujeres. La mayor utilización del fármaco por parte del género femenino se suele asociar con una mayor frecuencia de consultas médicas, mayor presencia de trastornos somatomorfos, depresión y trastorno de personalidad histriónica que harían a las mujeres presentar mayor riesgo de usar inapropiadamente las benzodiazepinas (Galleguillos et al., 2003).

Pese a lo anterior, en los últimos años habría habido un aumento del consumo de benzodiazepinas en sexo masculino. El estudio de CONACE entre el año 2001 y 2010 reveló que el sexo masculino tendría una disminución de los resultados positivos para todas las drogas, menos para las benzodiazepinas, donde el consumo aumenta casi al doble. De esta forma, en ambos sexos se observa un alza en el consumo de este fármaco, y en comparación con el estudio del año 2001 revela un aumento global de consumo de benzodiazepinas. Debido a esto, se llevó a cabo el estudio en ambos sexos, con el fin de aislar todas las variables sociales.

- Criterios de exclusión:

Se excluyeron los usuarios con dependencia a las BDZs con psicopatología grave u otras enfermedades de tipo orgánico, pues en estos casos hubiera sido más complejo evaluar la relación del sujeto con el fármaco, interfiriendo otras variables de tipo biomédico en la utilización del fármaco.

En función de lo anterior, se excluyeron los siguientes diagnósticos: Trastorno generalizado del desarrollo, Trastorno orgánico de la personalidad, Epilepsia, Trastorno Afectivo Bipolar, Hipomanía, Síndrome de Down, Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de drogas, Retraso mental, Esquizofrenia, Trastornos esquizoafectivos, Trastornos mentales debido a lesión cerebral y disfunción cerebral y a enfermedad física y Demencia.

Por su parte, la marginalización es un factor de riesgo que aumenta la prevalencia de uso de BDZ, entendiendo por marginalización problemáticas como aislamiento, drogadicción exclusión y otros problemas de vulnerabilidad social (Pignard, 2013). A razón de esto, se ex-

cluyeron diagnósticos que pudieran reflejar la medicalización de problemas sociales como violencia intrafamiliar, problemas de circunstancias psicosociales, y problemas relacionados al uso de sustancias, con el propósito de aislar el factor social (Koumjian, 1981; Le Moigne, 2000). Sin embargo, cabe recalcar que debido a que la investigación se realizó en contextos de atención pública, en un sector con una alta prevalencia de problemas sociales y de vulnerabilidad social, este factor no fue posible aislarlo del todo, formando parte a considerar dentro de las discusiones y conclusiones.

En relación al tamaño muestral, se llegó a una saturación de datos, dentro de los márgenes que permite el programa de estudios. Para tales efectos, se realizaron 4 entrevistas, a 2 hombres y a 2 mujeres (Glaser y Strauss, 1965 citado en Flick, 2007).

*Tabla 1. Características de los participantes.*

Nº de sujeto	Nombre ficticio	Sexo	Edad	Fármaco (tiempo de uso)	Modo de uso	Situación de pareja	Situación ocupacional y laboral
1	Susana	Mujer	48	Clonazepam (24 años)	Diario	Con pareja	Trabajo a tiempo parcial
2	Ximena	Mujer	32	Clonazepam (5 años)	Diario	Sin pareja	Trabajo a tiempo completo
3	Andrés	Hombre	33	Clonazepam (9 años)	Situaciones de SOS (3-4 vs. por semana)	Con pareja	Trabajo a tiempo completo
4	Hugo	Hombre	46	Clonazepam (19 años)	Diario	Sin pareja	Trabajo a tiempo parcial

### **Estrategia de recolección de la información.**

La estrategia para la recolección de datos utilizada fue la entrevista semi-estructurada con guion temático. Dado que los objetivos de la investigación estaban orientados hacia la comprensión de las estructuras discursivas que determinan los sentidos y significaciones en

sujetos con consumo crónico de BZDs, este tipo de entrevistas proveen de amplia información al tratarse de preguntas abiertas que permiten al participante explayarse en sus respuestas, lo que justificaría la elección de esta técnica (Flick, 2007).

Los ejes temáticos alrededor de los cuales se enfocaron las entrevistas se relacionaron con la pregunta de investigación. En este sentido, se exploraron las siguientes dimensiones:

1. Dimensión sobre el sujeto, su vida cotidiana, sus gustos, etc., con el fin de desplegar el desarrollo del discurso y la instalación del rapport.
2. Dimensión relacionada a sus relaciones interpersonales y formas de vinculación del sujeto.
3. Dimensión relacionada con los problemas de salud mental y el inicio de tratamiento por salud mental.
4. Dimensión en la relación sujeto-objeto BDZ: cuánto tiempo ha sido indicado, cómo son los usos del medicamento por el participante, cómo se imagina su vida si no tuviera el recurso de BDZs.

### **Estrategia de análisis de la información.**

Dado que el objeto de este estudio era comprender las estructuras discursivas que determinan la relación de un sujeto con el objeto droga, se concibió como pertinente utilizar el análisis estructural del discurso para el tratamiento de la información recogida. El análisis estructural es un método de tipo semántico, el cual permitió hacer una construcción que trasciende lo enunciado y rescatar el sentido implícito de un texto (Martinic, 1992; Piret et al., 1996). Acorde a este enfoque, la cultura alude esquemas de pensamiento y de acción, por medio de los cuales se organiza la experiencia y las acciones de los sujetos (Martinic, 1992). El lenguaje aparece así como un conjunto de reglas que organizan las acciones de los sujetos (Gordo & Serrano, 2008). Es decir que el sujeto que habla también está sujeto por estas reglas de interacción social que se corresponden con los principios simbólicos que organizan su discurso en un determinado contexto social (Martinic, 1992).

El método intenta identificar “estructuras de significados y relaciones más o menos estables que organizan lo social a partir del análisis de [...] textos” (Gordo & Serrano, 2008, p. 213), es decir, los significados otorgados a un objeto a partir formas de combinación entre los

elementos del discurso. A partir de lo anterior, la presente investigación buscó analizar las distintas estructuras de producción de sentido presentes en pacientes con uso prolongado de BZDs y reconstruir sus representaciones acerca de cómo interpretan y perciben su relación con el objeto droga (Piret, et al., 1996).

El análisis estructural del discurso se desarrolla en dos pasos:

- a) Codificación del texto a partir de disyunciones semánticas que articulan una unidad de semánticas entre dos elementos opuestos, organizados bajo el principio binario. Esta es la relación más básica del análisis estructural (Piret et al., 1996).
- b) Construcción de estructuras paralelas: consiste en establecer las relaciones de implicación lógica entre las distintas unidades semánticas, de este modo se establece una asociación de los miembros de una disyunción y los dos miembros de la segunda hasta la enésima unidad de sentido (Piret et al., 1996). Este análisis da lugar a una gran cantidad de códigos base y de combinación entre ellos (Martinic, 1992).

Debido a que la investigación pretendía descubrir significados sobre un fenómeno poco estudiado, se prefiere la utilización de este tipo de análisis, al permitir acercarse al objeto de estudio desde un carácter exploratorio y de forma inductiva. A la vez, el uso del análisis estructural es beneficioso para una investigación con perspectiva psicoanalítica, al permitir la integración de material no manifiesto y latente en el análisis de los datos (Piret et al., 1996).

El análisis estructural, a través del relato de búsqueda permite organizar y analizar la información considerando tres actantes principales, que son el objeto codiciado, el sujeto que intenta obtenerlo y las acciones por medio de las cuales pretende obtener el objeto o evitarlo (Piret et al., 1996). La utilización de esta técnica en la investigación permitió analizar las estructuras discursivas que el sujeto presenta con el objeto benzodiazepínico.

En los análisis de las entrevistas se realizó un proceso de anonimización, con el fin de resguardar la identidad de las/los participantes, modificando información específica que pudiera dar cuenta de datos del entrevistado, como información sobre nombres, lugares y otros datos específicos de la persona.



## RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTRUCTURAL

A continuación se presentan los resultados de los cuatro casos que se analizarán en esta investigación. En cada caso se entrega una introducción que contextualiza aspectos relevantes del participante y luego se presentan los resultados a partir de dos estructuras paralelas. Una estructura paralela aborda un aspecto general del discurso sobre el sí mismo en cada entrevistado, y otra estructura paralela vincula el discurso del sujeto al uso del fármaco.

### 1. Caso Susana

Susana tiene cuarenta y ocho años de edad, vive en Santiago con sus dos hijos de 20 y 10 años, su madre y su abuela. Trabaja un día de la semana en la capital, y los fines de semana trabaja fuera de Santiago, en donde la recibe su hermana menor y su familia. Susana está separada hace seis años del padre de sus hijos, y hace algunos años mantiene una relación sentimental que describe como “no oficial” o “de amigos” con una persona de su misma edad.

Hace un año y medio se incorporó a un grupo de “running”, lo que valora positivamente al ayudarla “a canalizar sus energías” y a enfocar “los mismos problemas pero de una manera distinta”. En relación a su empleo, señala que este es “muy pesado”, muy sacrificado”, pero la ayuda en su bienestar personal al mantenerla “distráida, concentrada en otras cosas [...]”, “que es lo que yo trato en el fondo, en el día a día, de no pegarme”. Así, el trabajo y salir a trotar son mecanismos que le permiten “desconectarse” de sus pensamientos.

Susana usa el clonazepam hace más de veinticuatro años, al comenzar a tener crisis de pánico. El consumo de este medicamento se continúa con la historia de consumo de polisustancias, las cuales dejó por completo la noche en que sufrió su primera crisis de pánico a raíz de una intoxicación con cocaína, marihuana y alcohol. Susana refiere que desde que comenzó a los veintitrés años a presentar crisis de pánico no ha dejado de presentarlas ni de usar clonazepam.

Los diagnósticos que le han hecho a lo largo de su vida son trastorno por crisis de pánico, depresión, depresión endógena y trastorno de ansiedad. Ha pasado por muchos tratamientos farmacológicos “he pasado por un montón de pastillas, que no recuerdo el nombre, antidepresivos también, pero siempre el clonazepam”, fármaco del cual se siente “adicta”, “[...] yo creo que no fui adicta a la droga [...] porque si hubiese sido así, con pastillas des-

pués hubiese seguido. No así con el clonazepam, que no sé si soy, si puedo llamarlo así “adic-ta”, pero yo el clonazepam no lo puedo dejar”.

Susana actualmente no está tomando antidepresivos, y utiliza clonazepam de 1 miligramo en la noche por indicación de médico general, “he intentado bajarlo, a veces a ese 1 miligramo le saco un cachito...”. Este medicamento lo utiliza como S.O.S. en ocasiones específicas, como cuando tiene crisis de pánico o extrema ansiedad. En estas circunstancias, adelanta la dosis de la noche y no toma la que debe tomar a la noche.

En algunos periodos del uso de clonazepam ha sentido necesidad de aumentar las dosis, pero la última vez que esto le ocurrió fue a causa de una “depresión muy fuerte”, tres años atrás. En otras etapas de su tratamiento le prescribieron 2 miligramos de clonazepam, pero desde hace dos años que mantiene la dosis mencionadas anteriormente, y recalca que fue iniciativa de ella misma bajar las dosis.

Con relación a su historia vital, Susana describe que su infancia estuvo marcada por la frialdad sentida de parte de su madre, el maltrato físico y los castigos hacia ella y su hermana, “yo trato analizar eso ahora que soy adulta y creo que eso le afectó a ella... para ser... tan... tan castigadora, tanta rabia, no sé. Y con nosotras, con sus hijas, porque para los demás era la mujer perfecta”, “¿cómo pudo castigar o pegar tanto a una hija? Según yo no podría hacerlo con mis hijos [...] pero así cómo ¡tan castigadora!”.

En contraste, el vínculo que tenía Susana con su papá era de mucha cercanía y complicidad, refiriéndose a él como “perfecto para mí con todos sus errores, con todas las cosas que tuvo que vivir, con todos sus cagazos, pero yo, lo que necesité de mi papá como papá, siempre lo tuve, siempre”.

La relación entre sus padres era de violencia de parte del papá hacia su mamá, violencia que se generaba cuando el padre advertía el maltrato de la mamá en Susana y su hermana, “[...] peleaban muy fuerte ellos cuando veía que una de nosotras tenía una marca, porque mi mamá nos había pegado con una correa o no sé con otra cuestión”.

El maltrato físico de su madre finaliza cuando Susana a los quince años se escapa de la casa: “[...] esa ida de la casa marcó el fin de los cachetazos. Cuando yo llegué a la casa conversamos, entre ella, mi papá y yo, y ella, reconoció que sí, que nos castigaba mucho, que ya

no nos iba pegar y que “blablablá”, pero la relación de afecto nunca ha existido”. Pese a no haber maltrato físico, la experimenta como una relación fría “con la diferencia que ya no nos pegaba”.

La decisión respecto a su proyecto académico fue un tema conflictivo para Susana. Al término de enseñanza media quiso estudiar educación física, sin embargo no concreta este deseo debido a falta de apoyo de sus padres quienes “me dejaron ser” y a su inseguridad, “una amiga me dijo: “pero ¿cómo se te ocurre estudiar educación física? ¿Pa qué?, ¿pa ser profesora? [...] y yo [...] ¡le hice caso pos! y no estudié, y no postulé y no hice nada... entonces ¡siempre débil pos! [...] no creerme el cuento, o haber confiado en mí, en el que yo sentía o en lo que yo quería [...]”.

Susana luego estudió un curso de estética que terminó pero no ejerció. Más tarde intenta estudiar otra carrera en dos oportunidades, sin éxito. En este periodo de su vida se sentía “perdida”, “nada lo terminaba, nada me atrevía a hacerlo” por lo que comienza a trabajar con su padre en el negocio familiar.

A los veintiún años se presenta una gran crisis familiar, que es la antesala de los problemas de ansiedad que más adelante Susana refiere presentar. A causa de una estafa al negocio familiar, su madre debe irse del hogar para no ser embargados. Esto implica un cambio de vida en Susana, quien asume obligaciones como hacerse cargo del cuidado de su hermana menor y del negocio familiar junto con su padre. Sumado a lo anterior, en ese momento le diagnostican cáncer terminal a su “pololo” de aquel entonces.

En este contexto, Susana inicia a presentar conductas de riesgo como “carretear”, consumo de drogas como “formas de escape” “era una forma [...] de liberarme de tanta preocupación y tanta tensión”. Al día siguiente sentía culpa “de haber carreteado tanto, o de haber tomado, de haber dejado sola a mi hermana en ese minuto, por salir con los amigos”, pero de todas formas seguía saliendo.

Susana consumió marihuana, cocaína y alcohol por aproximadamente dos años, a veces en “carretes” o sola. A los veintitrés años tiene una crisis de pánico en una “noche de carrete”, “[...] consumí todo lo que había en esa noche, todo lo que podía consumir lo consumí, alcohol, cocaína, marihuana, ¡todo! y en esa gran noche me vino la crisis [...]” “yo creo estaba intoxicada también”.

Luego de esto, Susana no vuelve a consumir drogas ilícitas, “lo dejé de una [...] tuve el miedo [...] a que me pasara lo mismo”. Es llevada a la clínica por su familia para ser atendida por un psiquiatra y comienza un tratamiento farmacológico. Susana explica que sus problemas de salud mental se causaron debido a la sobrecarga que tenía en ese momento de su vida, que su “cuerpo lo asimiló así”, ya que antes de la crisis familiar y cáncer de su pololo llevaba una vida “relativamente normal”.

Susana sostiene que el tratamiento de salud mental que tiene no es el adecuado. Está conciente de los posibles efectos negativos que genera el uso sostenido de clonazepam; sobre todo le preocupa la disminución de su memoria, “eso me preocupa”. Analiza en relación a esto que “si tuviera los medios” para atenderse en el sistema privado “ya no estaría ni siquiera tomando pastillas”. En este sentido existiría una fantasía de que en el sistema privado tendría un tratamiento apropiado e incluso podría prescindir del uso de clonazepam.

Existirían dos maneras en que Susana experimenta angustia: una psicológica y otra física. La psicológica está relacionada con frustración “[...] quiero tener algo y no lo tengo y ahí me empiezo a frustrar”, y la física “que empiezo con palpitaciones, con dolores de guata, me empiezo a marear”.

Una de las situaciones en las que se gatilla la “ansiedad psicológica” son los escenarios circunscritos a su relación amorosa, manifestando ansiedad cuando no está físicamente con su pareja: si no habla con él a ciertas horas del día, sí es que no sabe en dónde está, situaciones en que se “pasa películas” y “rollos”. La relación fue satisfactoria para Susana hasta el primer año de relación, momento en que “le creía todo”. Luego se instala la desconfianza en ella y la relación cambia y pasa a ser una relación que le genera “bajones”, “rollos que me hacen daño” y “ansiedad”. A su vez, debe reajustar sus expectativas en torno a la relación, en la que ella pensaba “proyectarse” o “vivir juntos” por una relación de “amistad entretenida”, pues su pareja no desea formalizar la relación.

Por otro lado, la “ansiedad física” “me da mucho, cuando estoy con mi mamá y con mi abuela, con las dos, no me siento cómoda, me pongo nerviosa, trato de evitar [...]”, sobre todo con su mamá ya que con su abuela puede conversar.

*Discurso respecto de sí misma y la relación con los otros.*



Figura 1. Principales disyunciones y ejes semánticos respecto de sí misma y la relación con los otros.

*Paráfrasis de la estructura.*

En el discurso de Susana, habría dos principales disyunciones que se refieren a los tipos de sujeto por los que ella circula. Un eje alude al sujeto como “adulta” mientras que el otro eje alude al sujeto como “cabra chica”. En la posición de “adulto”, Susana se experimenta como una persona independiente en sus decisiones y en las relaciones con los otros, sin tener que pedir la autorización a los demás, “lo que más rescato ahora es que ya estoy adulta y por lo mismo ya no recibo castigo así que estoy tranquila [...], si algo me molesta puedo salir sin pedir permiso, ya no soy cabra chica [...] tengo esa libertad”.

Contrariamente, en el eje semántico “cabra chica”, la sujeto se experimenta “dependiente” del otro, tomando decisiones en función de los demás, sin confianza en sí misma, “sin crearme el cuento o haber confiado en mí, en lo que sentía o en lo que quería”. De esta forma, en la posición “cabra chica” toma relevancia complacer y agradar al otro, lo que genera conflictos para asumir proyectos personales.

La aspiración última es “compartir con otro”, lo que implica sostener relaciones que “la llenan”, en las cuales se pueden conversar “temas profundos”, “mantener una conversación interesante”, que se destacarían como relaciones satisfactorias con otros.

En contraste, se pretende eludir aquellas relaciones en las que “no puede vincularse”, o en las cuales predomina la necesidad de los otros por sobre la propia, para “tratar de llevarle su onda”. Estas relaciones en el discurso de Susana llevan finalmente a “aguantar demasiado” del otro, objeto negativo del discurso.

Las acciones positivas que permiten al sujeto “compartir” son acciones que permiten “desconectarse” de sus pensamientos, problemas o ansiedades, como “estar fuera de la casa”, “salir con sus hijos”, “hacer quiebres” en la rutina, “salir a trotar”, etc., “sirve mucho es estar así como en movimiento [...] tengo que botarlo así como ¡uf! Corriendo todo, todo [...] esa es mi forma de descargarme un poquito o desconectarme o caminar, caminar, pero sin pensar”. A su vez, “desconectarse” implica una “sensación de libertad” de los roles que Susana debe asumir y los compromisos, como “desconectarme totalmente de [...] mamá, de abuela, de hermana, de hijos también”, le facilitan dejar de “sentirse prisionera” en la casa.

De manera opuesta, las acciones negativas que la llevan a “aguantar” a los demás son acciones que la hacen estar (sobreconectada), actante opuesto a la desconexión, que alude a estar conectada “a los rollos [...] que al final me hacen daño”. La conexión tendría que ver con situaciones en que no está con su pareja y pensar en qué estará haciendo su pareja, si este le escribió al celular o no. Entonces, las acciones que permiten estar desconectada serían por ejemplo “dejar el celular de lado, en general, por el wapp, que el teléfono”.

Susana evita “estar en la casa” para desconectarse, pues lo asocia a una situación ansiogénica, que lleva a vivenciar “siempre la misma rutina” y “aburrimiento”, ya sea de ella como de los otros, y a estar extremadamente “conectada (sobreconectada)” con sus pensamientos.

De esta forma, la lógica del discurso podría recapitularse como sigue: al ser “adulta”, la sujeto puede “desconectarse” de las cosas que le angustian y “compartir” con los demás, mientras que cuando se es “niña” se debe aguantar (maltratos/ castigos/ abandonos) de los otros.

Tanto la figura del “padre”, que entrega “reconocimiento” a Susana, y las “drogas” sirven de ayudantes que impulsan hacia la “desconexión”.

Los momentos que Susana pasaba con su “padre” reflejaban un vínculo en el que ella se sentía feliz, eran “momentos en que nos reíamos mucho, y ya te digo vieja [...] nos reíamos de cualquier cosa, esos momentos... que yo me sentía tranquila”. Así, el actante “padre” lleva al “reconcomiendo” y afirmación de la sujeto. Igualmente, el “padre” representa una “salvación” frente al maltrato materno, “veía que una de nosotras tenía una marca, porque mi mamá nos había pegado”, “como papá siempre lo tuve, siempre. Un cariño, una buena conversa”. El “padre” confirma a Susana. “Compartir” estaría condicionado entonces por ser “reconocida” por el otro, por ser capaz de confiar en la otra persona y “estar tranquila” en una relación.

El “padre” promueve como acción positiva el “reconocimiento” del sujeto. Es decir, existe una relación en la que se puede conversar, sentirse escuchada y reconocida, “mi papá [...] puro cariño [...] abrazos, besos, regalos, no, bonita infancia con él”. El “reconocimiento” ayuda a la sujeto “adulta” alcanzar el fin de “compartir con el otro”

Por su parte, el actante “madre” aparece como una figura de la cual el sujeto debe defenderse, pues le genera ansiedad física, “me da mucho, cuando estoy con mi mamá y con mi abuela, con las dos, no me siento cómoda, me pongo nerviosa trato de evitar o...”. En presencia de la madre tendría crisis de pánico más fuertes o una ansiedad de mayor intensidad, “el hecho de estar con ellas como que me gatilló más fuerte esa cuestión”, “el enojo de ella, la rabia [...] me causa malestar, me pongo nerviosa”. Esto se explica por la relación de maltrato y de ataque de parte de su madre, que la llevaría hacia el objeto negativo de “aguantar” al otro, someterse al otro, “si ella andaba con los monos, teníamos que estar sentadas, sin hacer nada, hasta sin meter bulla [...] teníamos que andar con mucho cuidado, tratando de no hacer nada malo” “porque si ella se enojaba [...] fijo que nos llegaba un cachetazo a mí o a mi hermana, porque sí o porque no” “la culpa era de nosotras, y nos llegaba”.

La figura materna genera el sometimiento en Susana para evitar el maltrato. En la medida que la sujeto es “cabra chica” debe someterse a relaciones que no la reconocen a ella como “sujeto”, mientras que siendo “adulta”, “prefiere evitar” esta relación, por medio de la “desconexión”.

En cuanto al actante “pareja”, el sometimiento hacia el otro se observa en el hecho de tener que “intentar cambiar las expectativas de relación” hacia una relación en donde ella no consigue lo que busca de una relación sentimental y se ajusta, por tanto, a las necesidades de su pareja. Esto genera en Susana malestar y la lleva a “perder” en la relación, “si bien no es una relación muy muy comprometedora, yo la llevo a esos límites” “yo sé que no se puede obligar [...] si estamos juntos debería disfrutarlo tal cual y no seguir [...] psicoseandome [...] porque al final la única que está perdiendo acá [...] y llevando dolores de cabeza [...] soy yo” sosteniendo una relación “que a pesar de todo me agrada”, y “busco la forma de engañar mi mente” para no caer en estados de desconfianza.

En la relación amorosa emerge su desconfianza y “ansiedad psicológica”, “[...] me pongo muy ansiosa, de querer... no sé pos si lo llevamos al caso de mi amigo, de querer saber de él, de dónde está, eh si, con quién está, me empiezo a pasar películas entonces me lleva a un estado de ansiedad demasiado fuerte, entonces me deja mal”. La relación amorosa de la sujeto es una en la cual “cuando estoy con él, me siento bien”, pero “es algo como ambiguo, porque cuando no estoy con él estoy muy ansiosa, desconfiada”. Estas situaciones la llevarían a “pasarse rollos” y a estar “(sobreconectada)” con sus pensamientos.

La relación de pareja va girando y lleva a Susana a una posición de sometimiento, en donde si la relación no funciona, ella se explica esta falla desde la definición de sí misma como alguien “extremadamente ansiosa”, que no puede “disfrutarlo, así tal cual y no seguir investigando o psicoseandome”.

De esta forma, los actantes “madre” y “pareja” representan personajes que llevan a Susana a ser (no reconocida) en una relación, y la llevarían a preguntarse “¿a lo mejor me estoy restando mucho en esta relación?”, “¿tal vez estoy aguantando mucho?”. Las acciones de (no reconocimiento) implican sentir “falta de cariño”, “no poder ni siquiera llorar” “esperar que se le pasaran los monos” del otro.

El actante clonazepam permite “sobrellevar relaciones” desde la posición del sujeto



como “cabra chica”, “cuando el tema es muy... es mucha la ansiedad, es mucha la angustia [...], tengo que recurrir a la pastilla”, momentos en los cuales no logra “desconectarse” por sus propios medios y debe acudir al recurso de la pastilla. En este sentido, el clonazepam tiene un uso paradójico en el que si la usuaria no logra desconectarse, se toma el clonazepam, con la idea de “sobrellevar” relaciones que la llevan finalmente hacia “aguantar” de los demás. El consumo de clonazepam permite sostener estas sensaciones desagradables, y llevan hacia el sometimiento, pero la alejan de su posibilidad de “estar en” relaciones satisfactorias.

Así, el “clonazepam” actúa como oponente a “compartir con otros”, en la medida que favorece la posición de sometimiento y el malestar que provocan las relaciones de dependencia que la sujeto mantiene con los demás. En esta lógica, la ayudan en lo sintomático que deviene el objeto negativo: “aguantar demasiado”.

Contrastando con el uso del clonazepam, los “carretes” y las “drogas” son actantes que permiten desconectarse, como “forma de escape” y estar “liberada”, “como borrarme un rato, como olvidarme de todo lo que estaba viviendo”.

**Discurso relacionado a los usos del clonazepam.**

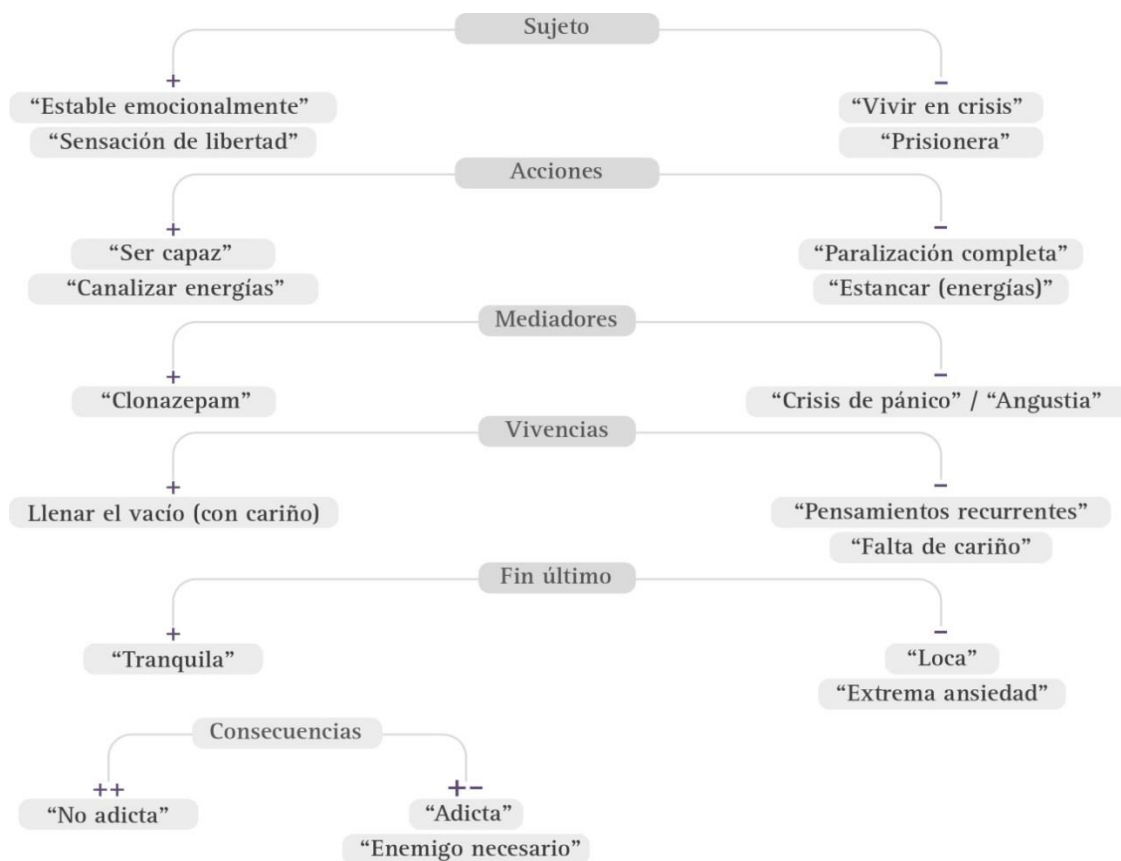


Figura 2. Principales disyunciones y ejes semánticos relacionados a los usos del clonazepam.

*Paráfrasis y estructura del discurso.*

El sujeto en este discurso pasa por dos disyunciones principales, en donde se ubica por un lado la sujeto (estable emocionalmente) y en otro lado la sujeto que “vive en crisis”. La sujeto que es (estable emocionalmente) pese a tener problemas, puede “mirarlos de otra perspectiva” y “no pegarse” con estos. Es un sujeto cuya ansiedad es baja, lo que le permite “distraerse” y “disfrutar” la vida. La estabilidad emocional para Susana está en conexión con la “sensación de libertad” al ser capaz de “hacer las cosas que le gustan” y “salir de la rutina”.

Las acciones positivas que lleva a cabo la sujeto con (estabilidad emocional) para obtener “tranquilidad”, son acciones que giran en torno a “ser capaz” de hacer su vida, y tomar acciones que le permiten sobrellevar su vida, “quiero tener energías, quiero tener la salud para hacer las cosas”.

Por el contrario, la sujeto en “crisis emocional” es aquella que tiene la “cabeza llena

de problemas” y se “pega en ellos”, y finalmente “no quiere hacer cosas que le agradan” por “sentirse bajoneada”. Se trataría de una sujeto “extremadamente ansiosa” que “se frustra” y “pone ansiosa rápidamente”. La sujeto con “crisis emocional” por medio de acciones que la “paralizan” la conducen finalmente a “convertirse en una loca”, realidad a que Susana evita intensamente.

Las acciones negativas tienen que ver con una “paralización completa” de la sujeto, que la llevan a “estancarse”, a no ser capaz de “hacer cosas”: “no haría nada. No haría nada, nada. No podría yo creo levantarme a ver a mi hija, ni colegio, ni conducir, ¡no! ni deporte, nada. O sea, sería una mujer encerrada en su pieza. Sí, con mucho miedo. De todo. No poder hacer nada, no poder trabajar así... o sea me paralizaría entera”.

La sujeto con “crisis emocionales” se asemeja para Susana con sentirse “prisionera” relacionado al afecto del “miedo de no lograr muchas cosas”. Mientras que del lado de la (estabilidad emocional) estaría asociado a sentir “satisfacción” de lograr cosas.

Nótese que todas las acciones valorizadas positivamente tienen relación con una desidentificación de la figura materna, quien sería el representante de las acciones negativas que llevan a Susana a “una paralización total”. Las acciones negativas en este sentido se asocian con “verme así, estancada sin hacer nada, viendo que pasa la vida, yo, yo... sin disfrutarla habiendo tantas cosas por hacer” “no, no, no, pero no quiero verme estancada, no quiero ser una vieja achacosa, estando en la casa, llena de remedios”.

En la lógica del discurso, la “paralización” es promovida por la presencia de “crisis de pánico” y “angustia” en Susana, dando pie para convertirse en una “loca”, lo que llama a un estado de “extrema ansiedad” y de “una mujer encerrada en su pieza”, “o sea, me visualizo como una loca... una loca así encerrada con pijama sin querer hacer nada, asustada de todo [...] ¡Una loca! así me visualizo” “pensando tonteras, llorando, eh... ¡ah no! (Suspira). Llena de miedos, llena de pánico, de susto”. En otras palabras, como alguien que falla en los roles que tiene que representar, que no logra trabajar, que no logra ser mamá o ser pareja, y que no puede vivir la vida que ha conseguido construir.

Las crisis de pánico y angustia se oponen a la búsqueda de “tranquilidad”, y están conectados con afectos como “extrema ansiedad”, “psicosearse”, “sentirse prisionera”, “bajonearse” y con la experiencia de muerte. De manera más profunda, Susana asocia sus crisis de

pánico con “falta de cariño”, lo cual puede se puede interpretar como intensos sentimientos de soledad.

La función del “clonazepam” en su uso diario vendría en ayuda del sujeto (estable emocionalmente) para “ser capaz” de emprender acciones en su vida diaria. Le permite “estar tranquila” y mantener baja la ansiedad, que para Susana significaría que “baje el estrés diario”, una disminución “de mis pensamientos recurrentes”, “no rumiar tanto con los pensamientos” y “a dormir un poco más tranquila”, “una calidad de vida más llevadera”, “una vida que no te mate”. El clonazepam se asocia a la vivencia de tranquilidad.

El clonazepam también ayuda en situaciones en que la angustia es extrema y a sortear las crisis de pánico, donde la sujeto sabe que tomando la medicación va a sentir tranquilidad, “me la va a dar en algún minuto. Sé que la crisis tiene que durar ciertos... Ciertos minutos... eh... yo ya sé todo ese tema. Pero sé que después ya me voy a sentir más calmada y, claro lo asocio a la pastilla”. A su vez, el clonazepam oculta la sensación de “falta de cariño”, a sobre llevar este sentimiento, al “llenar el vacío” por medio la ingesta del clonazepam.

Paradójicamente, aunque en la lógica de este discurso el fin último es la búsqueda de tranquilidad, este estado conduce obligatoriamente a ser “adicta” al clonazepam. La adicción se observa en la manera de relacionarse con el medicamento, como un “salvador”, en el sentido de no poder salir de la casa sin las pastillas “o sea si yo salgo fuera de Santiago, o donde vaya, yo sé que tengo que andar con mis pastillas”, y por los años que lleva tomando el medicamento no ha podido dejarlo, “lo intenté una vez pero [...] mi cuerpo no pudo”. A su vez, la adicción se refleja en que pensar en el medicamento genera un pánico enorme en Susana, y debido al síndrome de abstinencia que habría sufrido en la oportunidad en que intentó dejarlo. Aunque “nunca lo he tomado para irme, pa volarme, siempre he intentado tomarlo por mi tema, por mi situación, pero nunca he querido tomarlo pa volarme, pa dejar de sentir dolor o pena, no” “desde que yo partí con este tema lo que más quiero es dejarlo, entonces no”, “nunca lo he tomado pa evadir problemas”. El clonazepam “me hace falta”, “no lo puedo dejar”.

De esto se desprende que si bien aparece la “adicción” como poco deseable para Susana, el miedo y las fantasías asociadas a llevar una vida sin clonazepam son mayores, y la llevarían a ser “una loca” y la asocia a una experiencia similar a la muerte, “pensar que se va a morir”.

Así, el clonazepam es un “enemigo necesario”, que permite sobrellevar su vida y a hacerla sentir “tranquila” pero “adicta”, “no creo que sin pastilla pueda lograr calmarme como lo hago ahora. Tal vez sí, no sé, pero la verdad es que nunca lo he intentado y la verdad no quiero intentarlo porque es horrible la sensación. No sé qué pasaría...”.

## **2. Caso Ximena.**

Ximena tiene treinta y dos años, vive con su hija Francisca, de doce años y su hermano menor, Martín. Su padre vive en una región próxima a la capital y vive dos días de la semana en Santiago junto con Ximena. La madre de Ximena vive en una ciudad al sur del país y cada cierto tiempo la visita. Francisca no percibe pensión de visitas ni alimenticia de su padre, de lo que se sigue que Ximena ejerce una crianza monoparental con su hija.

Ximena trabaja en un centro de estética, en temas de relajación y belleza. Trabaja bastante y con una jornada extendida, por lo que en la semana pasa poco tiempo con su hija. La relación con su hermano y su padre es escasa, pues su hermano “trabaja casi todo el día” y su papá “llega solo a dormir” a la casa.

Una de las cosas que más le gusta hacer es salir con su hija, pues las dos pasan mucho tiempo solas. Ximena procura “salir a los lugares, con más gente, relacionarme con más gente, hacer que mi hija comparta con más gente”. Los días domingos que tiene libre “tengo que estar con ella. Como no estoy en toda la semana con ella. Y trato de distraerla a ella, que ella lo pase bien, que esté ella cómoda”.

Ximena indica que “le angustia demasiado” no saber “quién puede cuidar a su hija”. Cuando su madre está en Santiago ella la ayuda, o en su defecto su hermano, pero pese a esto, siente “injusto” que ella debe hacer “todo sola” mientras que otras mujeres que están con “el mino al lao” “que les ayuda en todo”. De ello resulta necesario decir que la maternidad ha sido compleja, en el sentido de “las lucas”, del tiempo y cuidado y por la relación que ha generado con su hija, “con el tema de la carga que llevo, que todo soy ¡yo!, no tengo ninguna ayuda”, “¿dónde dejó a la Francisca? Y yo no puedo dejar de trabajar”.

Asimismo le es engorroso “salir tranquila”, pues los momentos en que Ximena sale, su hija le escribe por celular, “me deja saturada”, por lo que, si sale, suele devolverse, “yo tan así

yo... tan absorbida por la Francisca. Que me absorbe siempre, y me juega mucho el tema psicológico”.

Ximena es la segunda de tres hermanos. De niña vivió con sus padres y hermanos en casa de su abuela materna, con quien era muy cercana, “me acuerdo que me encantaba estar con ella, en la casa de mi abuela”, “¡yo quería estar tanto donde mi abuela! Me encantaba dormir con mi abuela [...] y siempre fui como de piel y yo sentía con ellos cariño”.

A los siete años deja de vivir en casa de su abuela, siendo muy arduo para ella asumir la separación de esta, “cuando nos cambiamos de casa [...], ¡me cargaba! no me gustaba esa casa”, “me acuerdo que siempre hacía show para quedarme donde mi abuela, lloraba, “¡quiero quedarme acá!” y “¡no, te vas conmigo!” y me iba llorando y poco más me llevaban arrastrando mis papás. Y cuando me dejaban era feliz”.

Un hecho determinante para Ximena fue la separación de sus padres hace cinco años atrás, quienes se separan tras veinte años de matrimonio. La madre decide separarse al haberse reencontrado con un “antiguo amor”, “mi mamá le dio la cortada a mi papá, chao, se fue con el tipo [...] se fue igual, a vivir a Valparaíso con él [...] mi papá estuvo mal... era como un muerto viviente como meses”.

De este evento, ella va a ser quien va a “contener” a sus padres, “mi mamá me contaba a mí sus cosas, mi papá me contaba a mí sus cosas”. Como resultado, ella siente que no vivió el duelo por la separación de los padres, “nunca la lloré por eso. Hasta el día de hoy yo creo que nunca lo he hecho [...] me da rabia [...]”. La posición que toma Ximena en la familia es de “prestar oídos” a los demás, pero “a mí me prestan oído ¡nunca!”.

A los dieciocho años inicia una relación de pololeo por nueve años con el padre de su hija. Ambos convivieron con la familia de Ximena. Una vez conviviendo, se percata del cambio que había producido en él la drogadicción, “empecé a ver su cambio pos, y vi que él se metió a las drogas”. Tras darle “varias oportunidades”, en que Ximena “lo había echado varias veces pero después él igual volvía”, decide “no tolerar ese tema”, “aguanté mucho tiempo eso, o sea, yo nunca lo vi, pero sí me daba cuenta de reacciones de él. Y una vez lo pillé. Ya aguanté una, dos, tres, cuatro, cinco veces, que se gastara todo su sueldo, ya después me aburrí y dije ¡nunca más!”.

Asimismo se da cuenta de mentiras reiteradas, infidelidad, y control hacia ella en forma de celos. Esto genera miedo en Ximena, “andaba haciendo las cosas a escondidas ¡por él!”, “él me psicoseó mucho a mí”, momentos que advierte cuánto “le estaba afectando [...] lo que está consumiendo”, por lo que decide separarse definitivamente.

Una vez que se hubo desarmado su familia nuclear y la familia que ella había formado, Ximena siente que se rompe el “sueño de familia” por causa del padre de su hija, “después de haberlo conocido jugando de cadete en (equipo de futbol XX) estaba metido en las drogas”. Remarca de él que era un “muy buen papá”. Ximena indica acá una situación de angustia máxima para ella, “que no estuviera él era como ¡fatal pos! si yo, yo... eh... siempre pensaba que cómo iba a estar sin él, si él era el papá de mi hija... y ¡todo para mí pos!”.

Es de suma importancia notar que los eventos que asoman en la entrevista se focalizan en estos tres quiebres familiares: de su abuela, de sus padres y del padre de su hija. Serían entonces las separaciones un conflicto reiterado, que genera distintos “duelos” encadenados entre sí. Hoy en día, siente tristeza y soledad asociada a estas separaciones, “me gustaría que mi familia fuera más unida como éramos antes. Antes [...] siempre éramos como todos en mi casa”, “antes era todo bien familiar, y ahora todos por su lado”, “¡estay clara que no hay familia aquí! Tu círculo chico, tus papás, más hermanos, ¡no! No, no existe, no hay”.

Por otra parte, la relación con su madre refiere que es conflictiva, “yo soy la única que le dice las cosas como son”, “soy la más directa de los tres”, y critica a su mamá por haber sido muy permisiva con ella. A su vez siente abandono de esta figura, “¡me da rabia! Yo le digo a mi mamá “una mamá es mamá siempre””. Siente que la mamá le ha hecho falta en su vida, “la he necesitado bastante”, “me ha hecho falta”, lo que le duele profundamente. También Ximena percibe a su madre distinta cómo es con ella a cómo es con sus hermanos, pues es más fría, mientras que a sus hermanos los apoya y está presente para ayudarlos en sus problemas, “me ignora”, “le dije yo, “yo no estoy bien psicológicamente” [...] “¡y yo todo eso me lo banco sola!” [...] “¡¿tú estay mal porque mi hermano terminó con su polola?! ¿Esa huea te preocupa más que yo?”.

Al mismo tiempo, Ximena indica que ella aleja a su madre ya que “nunca yo fui de piel con ella” “a lo mejor yo misma la he alejado a que sea conmigo más distante”.

El conflicto en que ella siente que “aleja” a otros se extrapola a otras personas, pues

“nadie más sabe lo que me pasa” a excepción de su madre. Ximena se ubica “apoyando a otros”, que viene dado desde la dinámica familiar en donde ella es quien sostiene a sus padres. De lo anterior se desprende otro conflicto, referido al lazo amoroso que Ximena no ha podido restablecer desde su separación. Se define como “muy mamá” y “muy preocupada por los demás”, por lo que el “ser mujer” ha estado en segundo plano.

Con respecto a establecer relaciones sentimentales tiene una “coraza muy grande” que termina alejando a quienes estén interesados en ella, “siento que me la puedo siempre tanto sola, como que nunca he necesitado a nadie, entre comillas, que eso igual me da miedo porque eso igual me aleja [...]”. Está con mucha desconfianza de abrirse a una nueva relación. Por otro lado, indica que “las últimas veces no lo he pasado bien” aludiendo a sus últimas relaciones, que ha estado con hombres que están con otras personas además de salir con ella.

La separación del padre de su hija y de sus padres fue en el mismo año. Implicó para ella abandonar drásticamente el “sueño de familia” y aparece la soledad como telón de fondo en su vida. En ese momento se coagulan sus conflictos relacionados con angustia y depresión, y ubica allí el inicio de sus problemas de “salud mental”, “siempre he culpado a la situación con el papá de mi hija que a mí me pasó esto [...]”. Ximena dirá en relación a su ex: “¡me mintió, me fue infiel... hartas veces y yo siempre lo pillaba!”, “él fue súper mal hombre conmigo como mujer, me mintió mucho, y yo como estaba tan enamorada de él, eso me marcó bastante”.

A raíz de estos eventos, desde hace cinco años atrás Ximena comienza a presentar mucha angustia, inicia con crisis de pánico y solicita licencia psiquiátrica. Su vida cambia y siente tener muchos obstáculos personales en su vida y en sus proyectos, como no poder viajar, no ser capaz de utilizar transporte público y no poder “moverse” por la vida sin pensar que le va a dar una crisis de pánico.

Ximena hipotetiza respecto de las crisis de pánico que se originan debido al estrés que le generó su ex pareja “él me angustiaba mucho”. Alude que su vida después de él se “trancó” “como de un día pa otro todo lo que yo hacía antes con normalidad me lo hayan trancado... no sé, yo creo el tema de él”.

Las crisis de pánico fomentan su sentimiento de impotencia y de rabia hacia sí misma, en el sentido saber “que me voy a sentir mal, es que el tema de estar con tanta gente, de no te-



ner el oxígeno suficiente, a mí eso me desespera [...]” “tampoco he hecho el intento”. En este sentido, Ximena nomina como “crisis de pánico” a un ensamblaje de fuertes sensaciones que le cuesta mucho describir, y que son coloreadas por sensaciones, “apretón de estómago así como uh” “¡una angustia terrible!”, “llamo a mi mamá llorando y le digo: “mamá me siento pésimo, pésimo, pésimo, pésimo””.

A su vez, Ximena indica que los momentos en los que se siente “mal anímicamente”, “está horrible”, “se siente pésimo”, “anda desanimada y no quiere nada”, momentos en que siente depresión, angustia y tristeza, le vienen crisis de pánico con mayor frecuencia. Por otro lado, le produce pánico pensar que pueda tener pensamientos suicidas alguna vez o que ella llegase a suicidarse.

Al estar con ánimo depresivo suele “pensar tonteras”, es decir, pensar que va a tener un accidente vascular, como le ocurrió a su padre hace cuatro años, “yo trato de estar siempre tranquila [...] me persigo y pienso al tiro en mi papá”.

Ximena evita deprimirse, “caer al hoyo”, pues estando “deprimida” “no me dan ganas de hacer nada. O sea, ¡cero posibilidades de quedarme acostada! No me gusta. ¿Salgo igual? ¡Sí! Salgo igual”. Las formas que tiene de salir de la depresión es evitar estar en silencio, evitar momentos “muy de soledad”, o estar en su casa, “porque te ponis a pensar y te bajoneas”.

Respecto al tratamiento de salud mental, en el momento de su separación Ximena consulta a psiquiatra particular, quien “me empezó a dar pastillas para la ansiedad, que era el clonazepam. Sentí que me hizo ¡tan bien!, porque como que me bajaba, que era como ¡adictivo pos!”. El psiquiatra también le indicó tratamiento antidepresivo que Ximena no llevó a cabo porque le afectaba mucho sus efectos secundarios.

Hace tres años se traslada hacia el sector público para continuar con su tratamiento, siendo diagnosticada con trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada. Su médico tratante le ha indicado tratamiento antidepresivo en varias oportunidades, sin embargo, Ximena descarta esta posibilidad, ya que no quiere “amarrarse a otra pastilla”.

Ximena lleva más de cinco años tomando clonazepam. Actualmente ingiere una dosis de 0.5 miligramos diarios en la noche y en el día para situaciones S.O.S. se toma un miligramo. Al comenzar a tratarse ingería dosis 2 miligramos, “sola fui bajando hasta llegar a eso,

que es entre comillas [...] lo mínimo”.

Ximena desea “sacarse todas estas porquerías que toma” y sanarse. Solo unas semanas intentó no tomar clonazepam todos los días pero refiere haber presentado síndrome de abstinencia.

Exhibe diferentes discursos respecto al uso del clonazepam. En cuanto al uso de la noche, indica por un lado un uso sin sentido, al decir, “tomarlo por tomarlo”, “me la tomo no más”. De manera análoga señala que el sentido de tomar es que le genera sueño, e indica que sin tomar la pastilla no logra dormir. Y también agrega que el uso de tomar clonazepam (en el uso nocturno) es por tener trancas asociadas a depresión.

Los usos del clonazepam de día, en casos de SOS, presentan para Ximena efectos más claros, “sí me han ayudado a tranquilizarme”, pese a señalar que “ya con la pastilla en el cuerpo igual me he sentido mal”. Indica entonces “es como algo bien psicológico igual porque ni una pastilla te va a hacer efecto al segundo [...] siento que a los treinta minutos ya estoy más baja en revoluciones así como con la angustia en el estómago, que me quería ir [...] y como que (silencio) ¡ya! No pasa nada. Me calmé, que bueno, no sé”.

Ximena expresa claramente que el clonazepam no “cura” “siento que sí es verdad, te calma, sí, sí, sí, te calma, pero no me han dejado de dar las crisis por esa pastilla”.

*Discurso respecto de sí misma y su relación con los otros.*

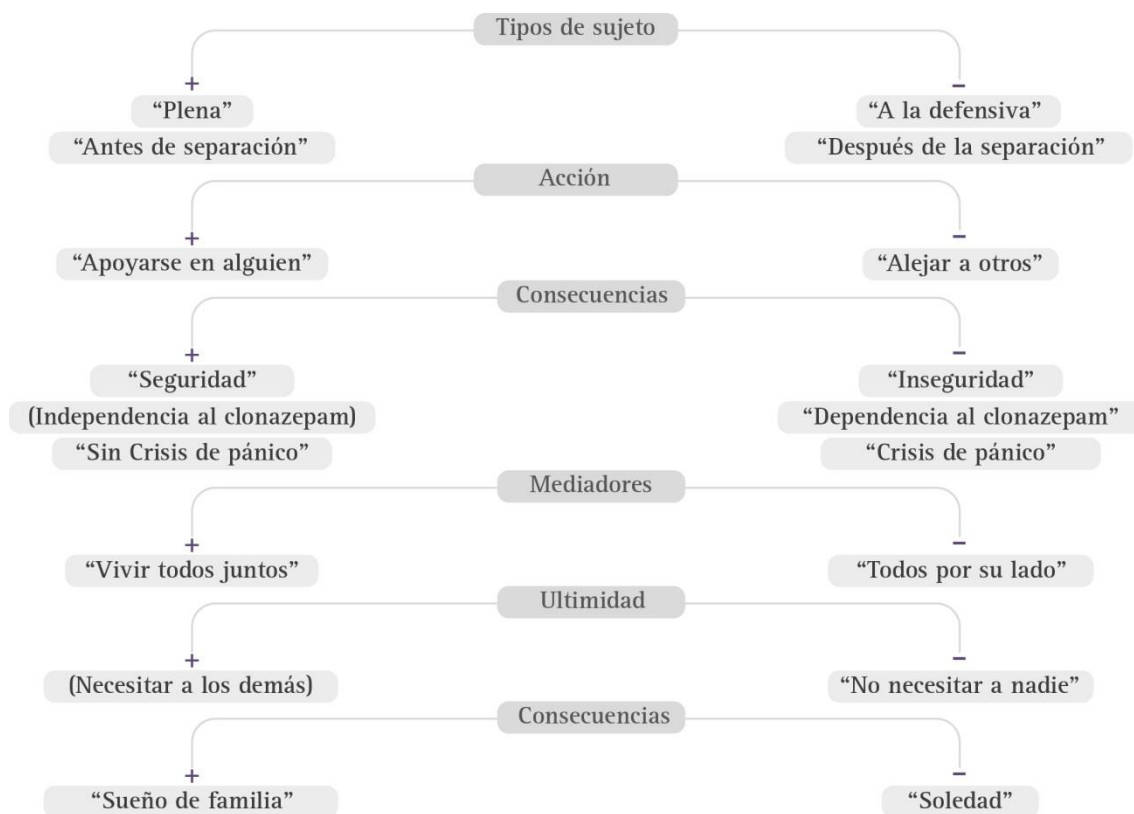


Figura 3. Principales disyunciones y ejes semánticos respecto de sí misma y su relación con los otros.

*Paráfrasis de la estructura.*

En el discurso se distinguirían dos tipos sujetos, en relación a su ex pareja: “¡me mintió, me fue infiel... hartas veces y yo siempre lo pillaba”, “que me dejó marcada”, de manera que habría una Ximena “plena”, antes de la separación del padre de su hija, y una Ximena “a la defensiva”, posterior al término de la relación. En el caso de la primera sujeto, se caracteriza por sentirse “plena”, “segura”, puede “hacer cosas con normalidad”, “sin crisis de pánico” y está “enamorada” de su pareja.

Mientras que al transitar por la sujeto “a la defensiva” se siente “muy insegura y muy temerosa”, “con crisis de pánico”; se trata de una sujeto que siente que su vida fue “trancada de un día pa otro” e “incrédula” de su pareja.

En tanto que “a la defensiva” muchas de sus acciones se basan en “alejarse a los demás”, “como que quiero buscarle la ¡quinta pata al gato! Y siempre se la busco y es así”. Al conocer a una posible pareja, ella es “súper busquilla [...] tengo que buscar algo cuando noto algo ra-

ro”. Esto se amplifica a sus relaciones familiares y cercanas, “siempre ando a la defensiva, y eso a la larga aburre”.

Así, el objeto “no necesitar a nadie”, la llevan a está la sensación de pena y soledad, sintiendo que su familia “no están ni ahí” con ella. La sujeto queda atrapada en una posición en que desea que se preocupen por ella, pero tiene dificultades en demostrarlo: “¿en qué sentido en que no están ni ahí? Porque me ven bien pos. Yo a pesar de todos los episodios que he tenido en mi vida, igual sigo trabajando, eh... fuera otra estaría con depresión acostada”, “él a mí jamás me ha ayudado en nada, porque él como me ve tan así de palo... ¡no le doy pena!”.

Por el contrario, por medio de la acción positiva “apoyarse en alguien” la sujeto persigue el objetivo deseado de “necesitar a alguien”. En este sentido, “apoyarse en alguien” implicaría estar en una relación, en sentir que los demás la puedan escuchar, y la quieren ayudar, “creo que a mí me haría muy bien una relación, sentirme apoyada con otra persona [...]”.

El actante “vivir todos juntos”, se asocia a momentos cuando estaba su familia reunida, sus padres juntos y ella junto al padre de su hija, por lo que es un ayudante para el objeto deseado.

Por otra parte, el actante “todos por su lado” es un opositor al objeto deseado, ya que significa el quiebre familiar, en que los padres se separan y se separa de su pareja, no habiendo presente un núcleo familiar.

Se refuerza consecuentemente su sentimiento de “soledad” como destinatario del “no necesitar a nadie”. “Soledad” tanto de relaciones amorosas como al no sentir apoyo emocional de su familia. La soledad se hace presente en el tener que criar sola a su hija, en “no tener ninguna ayuda”, “como que siempre todos llegan a mí con sus ataos, pero yo cuando me siento mal nadie está ahí” y en su definición de sí misma, “me siento que me la puedo siempre tanto sola, como que nunca he necesitado a nadie, entre comillas”, por lo que llega a soledad gracias el actante “alejar a los demás”.

El destinatario positivo es el “sueño de familia”, estado al cual se llega al “vivir todos juntos”. En ese sentido, el sueño de familia se corresponde con el ideal de familia unida y tener “alguien que te regalinee”, “que se preocupen de ti y todo el tema”.

Cabe destacar que desde la lógica del discurso, el objeto ideal es la nostalgia por vi-

vencias del pasado de Ximena. La sujeto “plena” está apegada a ese pasado, dando la sensación de un duelo imposible, el duelo por el “sueño de familia”. La sujeto “a la defensiva” deviene consistente por estas reiteradas separaciones.

**Discurso relacionado a los usos del clonazepam.**

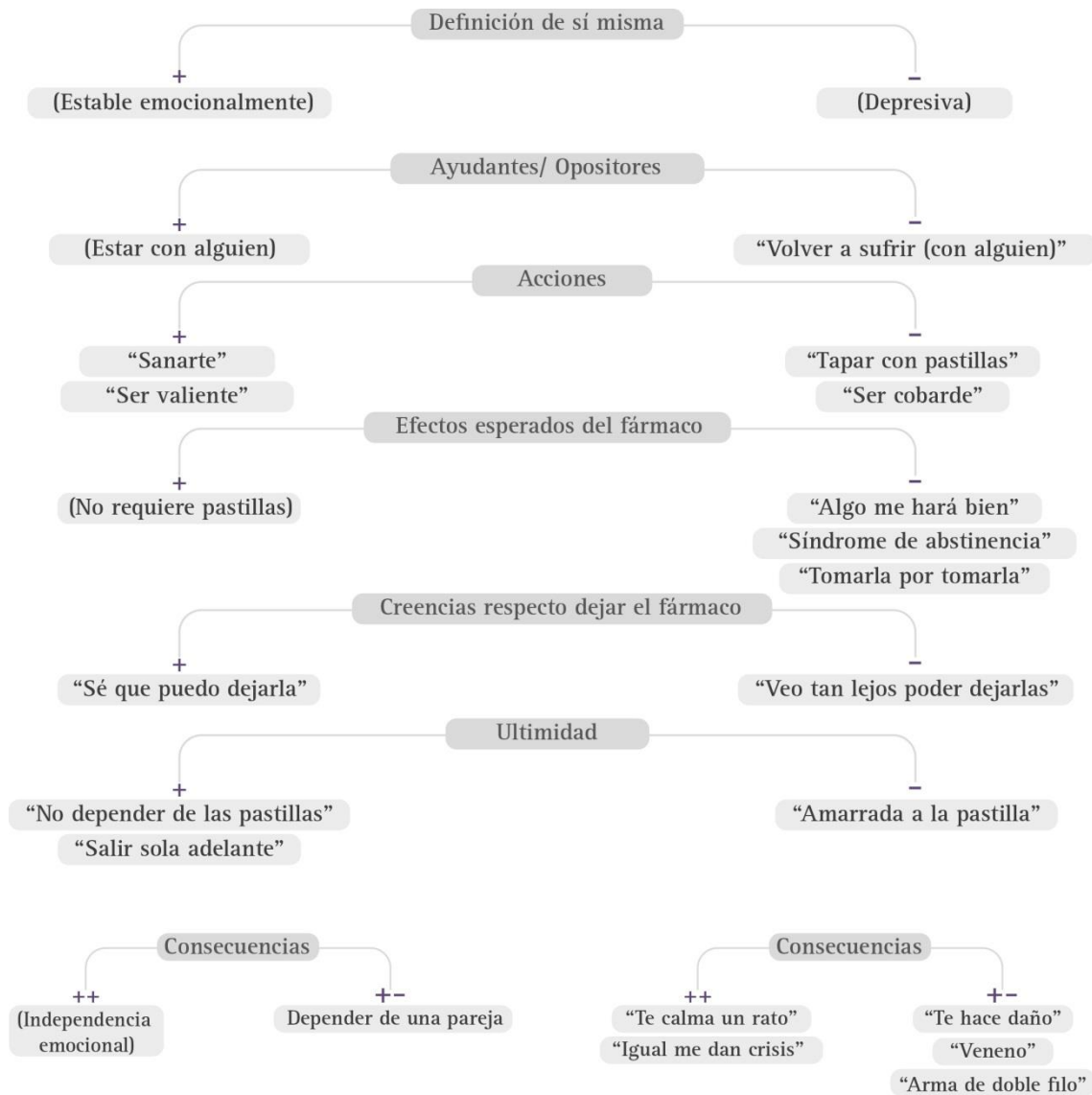


Figura 4. Principales disyunciones y ejes semánticos relacionados a los usos del clonazepam.

**Paráfrasis de la estructura**

La lógica del discurso indica dos disyunciones principales. La sujeto (estable emocionalmente) por medio de “sanarse”, va a poder llegar al objeto deseado, que es “no depender

de las pastillas”.

De manera opuesta, Ximena evitaría transitar por la sujeto (Depresiva), que la lleva a “estar amarrada a una pastilla” por el desarrollo de la acción negativa “tapar con pastillas” lo que le pasa.

Mientras se transita por el estado (depresivo), la sujeto presenta mal ánimo, ganas de hacer nada, “atrapada en lo mío”, “cuando estoy mal yo como que anímicamente me dan crisis, como que me bajoneo mucho, me empiezo a angustiarse”. El actante “volver a sufrir con alguien” acompaña al sujeto “depresivo”, y se sufre por un lado al no estar en pareja, pero también se sufre por el miedo a emparejarse con alguien, sufrir y revivir una separación, “me da miedo que con esa persona con el tiempo la pueda pasar mal. Que me decepcionen, que me mienta, que lo pille, eso me da miedo. Por eso yo creo que lo detengo. Pero sí me gustaría estar con alguien”.

La depresión se “tapa con pastillas” lo que se vincula con “ser cobarde” y no poder dejar de usar clonazepam por miedo y por haberse convertido en una persona “insegura”, que no se atreve a realizar sus sueños, “me he trancado mucho en cosas que yo sí podría hacer o me da miedo angustiarme tanto [...] estoy trancándome yo y a la Fran a la vez”, “inseguridad de sentirme mal y que me venga como una crisis de pánico si es que llego a salir”.

Se desprende que “tapar con pastillas” implica no hacer cambios reales en su vida, “a dormir emociones”, a tomar “veneno”, que “te daña el cerebro” y que “se sigue igual” “o al dejarla un tiempo se vuelve al mismo tema”.

En contraposición, la acción de “sanarse” comprende “controlarlo todo esto”, “sacarme todas las porquerías que tomo”, “ser valiente”, “salir sola adelante”, con “no sufrir”. Esta descripción refleja cómo era Ximena antes de la separación, “segura de sí misma”, tiene que ver con “buscar el punto de tu inicio en esto y eso mejorarlo”. Es interesante remarcar que el actante “sanarse” es tomado de los discursos de otros vicarios, figuras como la madre y amigas. Por consiguiente, la terapia farmacológica no cumple el fin de curar; más bien, encubre los conflictos y genera efectos perjudiciales, “todos esos antidepresivos igual te dañan el cerebro, si igual yo leí bastante”.

De esta forma, la lógica discursiva indica que cuando se “está en pareja”, no se requie-

re medicación, pues se siente “segura”, mientras que al “no estar en pareja”, se requiere usar clonazepam y existe “inseguridad”, “antes de tomar esta pastilla y antes de todo este tema que me vino [...] el tema de la seguridad, antes yo no era así ¡para nada!”.

La sujeto “estable emocionalmente” al tener “valentía” sostiene la creencia que va a dejar el fármaco, “y yo te juro que yo soy feliz si pudiera dejar esa pastilla de un día pa otro y ¡sé que puedo!, sé que lo voy a hacer”, y aspira a “no depender de las pastillas”.

La sujeto (depresiva) distingue dos tipos de usos que realiza de las pastillas: el uso del clonazepam día y el uso de noche.

En el uso nocturno no están claros los efectos precisos del fármaco. Por un lado, se toma el fármaco sin esperar efecto ninguno, en lo que grafica como “tomarlo por tomar”, sin mayor sentido, explicado por “me la tomo por tomar”, “porque sé que me la tengo que tomar” “porque me dijeron que tenía que tomármela una todos los días, por así decírtelo, que ya lo tenía en tu cabeza. Algo así”.

También se usaría el clonazepam nocturno con el fin sobrellevar el síndrome de abstinencia, “fue tan desagradable que volví al 0.5 pos” “como que sentía que me daban más crisis”. A su vez, se agrega al uso del clonazepam de noche “es un tema de dependencia yo creo. ¿De qué me hará bien? Sí, algo me hará bien... es que creo que tomo tan poco”, “o sea sí me da sueño, pero siento que como ¡no estoy mal!, como que siento que ya me la tomé nomas”. Otro sentido más profundo para la pastilla de la noche tendría que ver con la “depresión”, “yo sé que yo tengo como una depresión en sí, por trancas mías. Penas, y todo lo relacionado con lo depresivo pos”.

Respecto al clonazepam de uso diario, los efectos esperados son “calma”, “me baja revoluciones”, “me baja”, “da sueño”, “más light”, “buena onda con todo el mundo”, “siento que me ayuda”, “siento el placer de andar tranquilita”, y con algo psicológico, “o sea... Es como que yo estoy tan acostumbrada a él [...] siento que me lo tomo y es como ¡ah ya!, ¡voy a estar bien! [...] puede que me puedo estar sintiendo igual a cómo estaba antes de tomarme la pastilla”, “es como algo bien psicológico igual porque ni una pastilla te va a hacer efecto al segundo”.

El destinatario de la acción de “tapar con pastillas” puede ser uno ambivalente, en

donde el beneficio es una tranquilidad temporal, “es solo, como una anestesia local que te calma un rato el tema! porque si fuera por sanar yo ya estaría bien si llevo cinco años tomándomela”, o uno doblemente negativo, “al fin y al cabo igual te hace te hace lo daño, ¡no te cura!”.

La sujeto (depresiva) sostiene la creencia que dejar la pastilla es algo “muy lejano”, “que al fin y al cabo no me hace ¡nada pos! si igual siento que la tomo y no siento como un efecto tan.... pero no sabría..., no sé cómo dejarlo” y llega al objeto negativo al “estar amarrada a una pastilla”, que la llevan a dos desenlaces: calmarse un momento o que la pastilla le haga daño.

En cambio, quien está “estable emocionalmente” consigue ser “independiente de pastilla”, objeto deseado, “no quiero tomar más remedios”, “yo creo que si estoy como bien emocionalmente yo cacho que podría ser más fácil”.

La definición de sí misma en “estabilidad emocional” se sostiene en el actante “estar con alguien”, “siempre he sentido algo..., cuando yo estoy bien emocionalmente, entusiasmada con algo, con alguien” logra sentirse bien. Habría una sensación de tranquilidad, bienestar y plenitud, es decir, se asocia con estar completa. En conclusión, para ser independiente de los fármacos una solución es “estar con alguien”.

De lo que se desprende del discurso que la forma para no estar amarrada a la pastilla es estar en una relación.

Llama la atención que el objeto deseado, “no depender de la pastilla” es tomado desde el discurso materno, “mi mamá siempre me recrimina esto”, “mi mamá [...] lloraba mucho, mi mama sufría caleta allá [...] y empezó igual, como la angustia en la guata”, “y mi mamá me dice: “yo Ximena pasé por lo mismo que tú. Pero la gran diferencia es que yo nunca me quise hacer amiga de ninguna pastilla y he salido sola adelante””.

Por lo tanto, en la trayectoria del sujeto (depresivo), Ximena no cumple el ideal “salir sola adelante”, fallando con el mandato materno. Esto genera mucha rabia hacia sí misma: “¿Por qué tengo que tomarme esta pastilla?, ¿por qué dependo de esta mierda? O sea, me da... me da rabia”.

Los usos de la pastilla percibidos desde el discurso de Ximena parecen desconocer al-



gún efecto “real” o bienestar brindado por la pastilla. La pastilla representa una solución del duelo por las separaciones, haciendo lazo con la pastilla, pero estando sola, “no sé cómo dejarlo, o sea por mí, feliz un día no tomarla más y punto. Yo creo que si estoy como bien emocionalmente yo cacho que podría ser más fácil”. Esto puede interpretarse como una manera de no haber lidiado con el conflicto de las separaciones, que vuelven a reaparecer con cada crisis. De esta forma, habría un cierto “amarre” a una pastilla versus un “desamarre” que es el duelo por cada separación del pasado.

### **3. Caso Andrés**

Andrés, de treinta y tres años tiene una empresa dedicada al rubro de diseño en publicidad. Le agrada enfocarse en su trabajo pues se trata de un “hobby que lo traspasó a trabajo”. Vive con su señora e hijos en la casa de sus suegros, con quienes se siente cómodo y comparten estrechas relaciones de apoyo.

Su hijo mayor tiene siete años y su hija menor nació el año pasado, lo cual ha significado reajustarse como familia para que su hijo, quien “siempre ha sido el regalón de la casa”, no se vea afectado por la llegada de la nueva integrante.

Le gusta salir en familia a pasear y pasar tiempo libre con su hijo. Trabaja desde su hogar, pues adaptó un espacio como oficina. A futuro quiere expandir su negocio, “dedicarme a nuevos productos” y con su esposa esperan adquirir una “casa propia”, con la idea que sus suegros vivan con ellos.

Respecto a su vida social, considera tener varios “conocidos” pero no amigos “de confianza”, puesto que tener amistades ha implicado en su vida “perder plata” o sufrir otras formas de abuso de los otros, “confundían las amistades, no querían pagar, se atrasaban en pagos, o no aparecían más [...], “pa no generar más, pasar por complicaciones o cosas así... siempre he preferido perder plata”, o bien “darse por vencido”.

Andrés con su esposa Ana llevan diez años juntos. Destaca no haber tenido “ningún problema grave” en su matrimonio. Uno de los principales desencuentros gira en torno al ámbito económico. En efecto, al emprender su negocio, a Ana “le costaba un poco entender que yo pudiera ganar dinero con eso”. Sumado a lo anterior, debido a que él es “comprador compulsivo”, y Ana tiene la idea de “gastar la menos plata posible”, se ve inmerso en discusiones

a partir de esta temática. Su pareja “se enoja con él”, “lo reta”, “discute” con él. Andrés considera que Ana lo ha “ordenado” en el área financiera, pues antes se “encalillaba”, sufrió de estafas por su negocio, y añade que su “señora me ha enseñado hartito a controlarme ahí”.

Andrés suele “ocultar” cosas a Ana con el fin de “ahorrarle un malestar”, en distintos contextos, ya que ella es “muy nerviosa”, “se aflige demasiado”, y cuando hay conflictos ella se “pone a discutir ahí mismo”, mientras que él la debe tranquilizar, por lo que prefiere no contarle las cosas. Este proceder de Andrés suele jugarle “una mala pasada eso por no contar las cosas, porque después los problemas se agrandan más [...] otras veces he podido solucionarlo yo, y ella nunca se ha enterado”.

De su infancia recuerda que su madre “siempre estaba enferma”, lo que generaba su preocupación y atención. Su madre tenía hipertensión, epilepsia, artrosis, depresión, y su padre trabajaba, a razón de lo cual entre sus hermanos iban “heredando el cargo” de cuidarla, “en vez de ella cuidar a los hijos, nosotros teníamos que cuidarla a ella”.

Cuando era pequeño se inquietaba al ver cómo su mamá “sufría por sus enfermedades”, fundamentalmente a causa de la epilepsia. En ocasiones “perdía la memoria”, “cuando teníamos no sé pos como cinco años, o a veces a mí ni siquiera me reconocía”. También Andrés debió asistirle por sus crisis convulsivas, “me tocaba darle respiraciones así como boca a boca pa que entrara aire y afirmarle la lengua para que con los dientes no se la apretara hasta darle el medicamento y eso hacía que se tranquilizara”.

En relación a su madre, admite haber sido “mamón” antes de conocer a Ana, dándole en el gusto lo que más podía, siendo el vínculo de mayor importancia para él, “o sea, si mi mamá se moría yo pensaba que me iba a morir pos, sin ella como que, yo no veía futuro sin ella”.

A su padre lo describe como poseedor de “demasiada paciencia” respecto a su madre, junto con ser “muy bueno”. Andrés y sus hermanos se sorprenden de cómo el padre “aguanta ahí con mi mamá que todos los días tiene que estar con ella”, lo que genera tensión y estrés, “lo estresa mucho”, por lo que Andrés dice que el papá habría tenido dos infartos. Él se identifica con su padre siendo ambos “reservados”, y evitativos de conflictos, “por no dar problemas o por no ocasionar disgustos él prefiere callarse”.

Andrés es el quinto de seis de hermanos. Su madre les decía a los hermanos que Andrés era “el regalón de los hombres”, de forma que promovía la envidia de ellos y problemas con los otros hermanos, “de repente todos mis hermanos se enojaban conmigo porque ella decía eso pos”.

La figura materna fue la “más importante que tenía” hasta sus veinte años aproximadamente, momento en el que toma conciencia sobre lo “demandante” y “cómoda” que era su mamá, “de que yo era pequeño, [...] pasa más acostada que en pie”, “por hacerse la regalona y buscar como que la atiendan, sentirse como querida así al máximo y otro por las enfermedades”. A esa edad entra a trabajar en una empresa con turnos rotativos, siendo cada vez más engorroso sobrellevar el cuidado de la figura materna, “el que quedaba era yo, [...] y hacía el turno que tuviera tenía que verla yo. Si yo antes de conocer a mi señora, así como el único objetivo mío era [...] cuidar a mi mamá”.

En este contexto de trabajar y atender a su madre, presenta dificultades en el ciclo sueño-vigilia. Consulta con psiquiatra y psicólogo, y le diagnostican trastorno de ansiedad y crisis de pánico. Cabe remarcar que Andrés no deseaba casarse ni tener hijos hasta pasados sus treinta años. Sus experiencias románticas precedentes fueron exclusivamente de tipo “sexual”, sin haber tenido una “polola estable”. Al conocer a Ana con veintitrés años, esto cambia radicalmente, “fue todo distinto”, “me picó el bichito rápido” y se van a vivir juntos a pocos meses de romance. Al año Ana queda embarazada y luego se casan, “lo de nosotros fue todo corto”.

El cuadro de ansiedad de Andrés se produce a raíz del sentimiento de culpa por no responder a demanda de la madre de cuidado y atención, y se desencadena un trastorno de pánico “mi mamá es un poco como participe de mis crisis”, lo que ocurre unos años antes de casarse.

Las crisis de pánico representan el miedo de “tener algo al corazón”. Pese a haber ido ir al cardiólogo y chequear periódicamente su corazón, “nunca se me ha quitado esa idea”, “siempre está como el miedo” a una muerte por infarto fulminante. La pastilla (clonazepam) disminuye las pulsaciones cardíacas, por lo que refrena el miedo de morir. En su vida cotidiana se consuela refiriendo que “si fuera algo al corazón el clonazepam no me disminuiría las pulsaciones”, sin embargo, sigue presente la idea de tener un infarto.

Andrés ingiere una dosis de medio miligramo de clonazepam cuando tiene crisis de pánico desde hace ocho años estimativamente. Ha dejado de usar el fármaco durante pequeñas ventanas de tiempo. Por lo general recurre al fármaco entre tres a cuatro veces por semana. No usa diariamente el fármaco, pese a la sugerencia profesional de hacerlo. Esta decisión se fundamenta en que “las benzodiazepinas no son buenas”, “pueden generar dependencia” y si bien no le preocupa ser drogadicto, reconoce que “un adicto no se reconoce como tal”, “por eso no quiero llegar el momento como mi mamá pos, que mi mamá toma dos miligramos cuatro veces al día”. Su relación con el fármaco es “SOS”, “me puede salvar de las situaciones complicadas” y le permite “seguir con su vida cotidiana”, “tener una vida normal”, “sentirse mejor anímicamente” durante las crisis de pánico.

Ha reemplazado el fármaco en algunos momentos por tratamientos antidepresivos o/ y alternativos (flores de Bach, hierbas, etc.), sin embargo, le es muy difícil “pasar” las crisis de angustia sin clonazepam, “me cuesta un montón como tranquilizarme, que se me quiten las molestias, tengo que estar recostado un par de horas pa tranquilizarme, que se me quite el nerviosismo, como todo más difícil”. Su vida sin la pastilla se la imagina “con más crisis, con más molestias, quizás pasaría acostado todo el día lamentándome o con el miedo de que me venga. No podría estar tranquilo”.

Andrés continúa teniendo crisis de pánico. No sabe a qué “echarle la culpa directamente”, intuye que “son tensionales” por cosas cotidianas, ya que con o sin estrés se mantiene el trastorno de pánico. También lo vincula con pensamientos que quedan “dando vueltas”, “hay épocas que han sido súper tranquilas, de no tener problemas, de no tener deudas, nada y me viene así de la nada [las crisis de pánico]”, “uno le sigue dándole vueltas todo el día a las cosas pos. Y ahí no me quedo tranquilo”. Para él es importante “solucionar los problemas”, ya que tiende a “hacerle el quite”, “dejarlo estar ahí a la dejación”, lo que finalmente hace que los problemas aumenten.

### *Discurso en torno a solución de conflictos y relaciones con otros.*

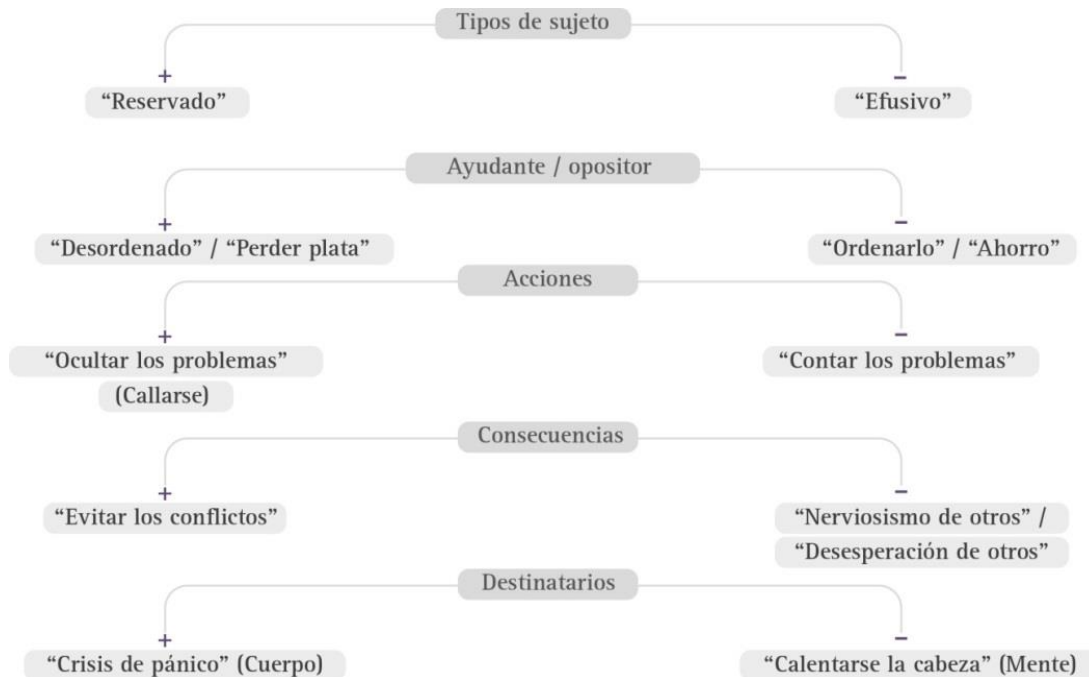


Figura 5. Principales disyunciones y ejes semánticos en torno a solución de conflictos y relaciones con otros.

#### *Paráfrasis de la estructura*

En el discurso, Andrés se distingue como un sujeto “reservado”, asociado a la figura paterna. Se trata de alguien tranquilo, que evita conflictos para lo cual se “calla”, “oculta los problemas”. Al ser reservado, no se gatilla el “nerviosismo” de Ana o la “desesperación” de la madre, objeto negativo del modelo.

Debido a que el sujeto “no cuenta las cosas” o hace las cosas “a escondidas”, puede llevar a cabo sus ideas, “a veces ando ahí haciéndolas a escondidas porque si le digo no, me va a decir que no, súper mal, pero después me resulta bien pos”.

La aspiración última que motiva al sujeto es “evitarse conflictos”, que le permite no absorber la ansiedad de otros, realizar sus proyectos, tomar decisiones, no estresarse, etc. El sujeto aspira a no discutir o tener un enfrentamiento con Ana, “yo prefería a veces no contarle las cosas, porque a veces eran cosas muy pequeñas, pero ella de algo pequeño así, veía todo lo peor del mundo”. Así, al no contar las cosas, se evita el descontrol de otro “ella se quería poner a discutir ahí mismo en el lugar y yo “pero tranquila, si podemos conversar eso en la casa...o después verlo””. Al contrario, al “contar las cosas”, y generar ansiedad en los otros,

implica que el sujeto trate de calmar al otro, darle explicaciones, “buscarle el lado bueno hasta que finalmente las cosas se solucionaran, pero ella así como de algo poco se agranda mucho”. En definitiva, procura “bajarle el perfil a las cosas”, “solucionar los problemas” por su cuenta, sin “generar más problemas de los que hay, trato de apaciguarlo o de buscar soluciones”.

En relación a la figura materna, evita que ésta se “desespere”, “a veces no le contesto al tiro y ahí como que se desespera o de repente pasa un día o dos días que no la llamo, y que “ya no me quieres”, que “¿por qué no me llamas?”, que “te despreocupas de tus padres””, por lo que él “tiene que saber llamarla”.

Si bien el objeto deseado es “evitar problemas”, este objeto lleva al sujeto a tener “crisis de pánico”, ya que “no contar mucho las cosas me terminan como enfermado por así decirlo”, y los problemas “se agrandan más”. Otro destinatario del objeto positivo, es “calentarse la cabeza”, actante que describe un estilo rumiativo de pensamiento, “son cosas problemas submentales que uno no los detecta como problemas, pero en realidad son problemas que nos afectan y me dan pos [crisis de pánico]”.

El destinatario negativo son los mismos que los positivos, vale decir, “calentarse la cabeza” y “crisis de pánico”. Desde el sujeto “efusivo”, existiría cierta presión por solucionar los problemas, pero estos problemas siguen “dando vueltas”, “siempre están ahí en la cabeza”, “situaciones que estoy pasándolas todo el día, ya sea de plata, o de trabajo, o con... con mi hijo que ha estado bien enfermo y uno le sigue dándole vueltas todo el día a las cosas pos. Y ahí no me quedo tranquilo”. Finalmente, “contar las cosas” conduce a Andrés a “calentarse la cabeza”, “hablar con mi señora por algún motivo pero el problema interno me sigue dando vueltas en la cabeza entonces estar pensando todo el día en eso, no, no, no quita el problema de existencia”.

Aunque el sujeto no lo expresa directamente, “calentarse la cabeza” conduce asimismo al actante “crisis de pánico”, pues, ya sea hable como no hable del problema, no solucionan su “preocupación” y ansiedad y llevan de igual forma a un lugar en que Andrés presentaría alta preocupación y nerviosismo. Cabe remarcar que en el modelo se trata de un cometido final con motivación altruista, en el cual se privilegia la tranquilidad y bienestar de los demás sobre el bienestar personal.

Los actantes “perder” y “ahorrar”, aluden al tema económico, y en el primer caso el

actante actúa como ayudante de “ocultar” o “contar” los problemas respectivamente, pues uno de los conflictos más continuos por los que se generan desavenencias en su matrimonio son causados por el “desorden” y consumismo de Andrés. El segundo caso, el actante opera como “oponente” al objeto deseado, ya que implica que Ana ordene a Andrés, “ella ve como que son gastos a veces innecesarios y ahí se enoja conmigo, me reta, porque eso como que, como que le afecta mucho”.

**Discurso sobre sí mismo y relación con el clonazepam.**

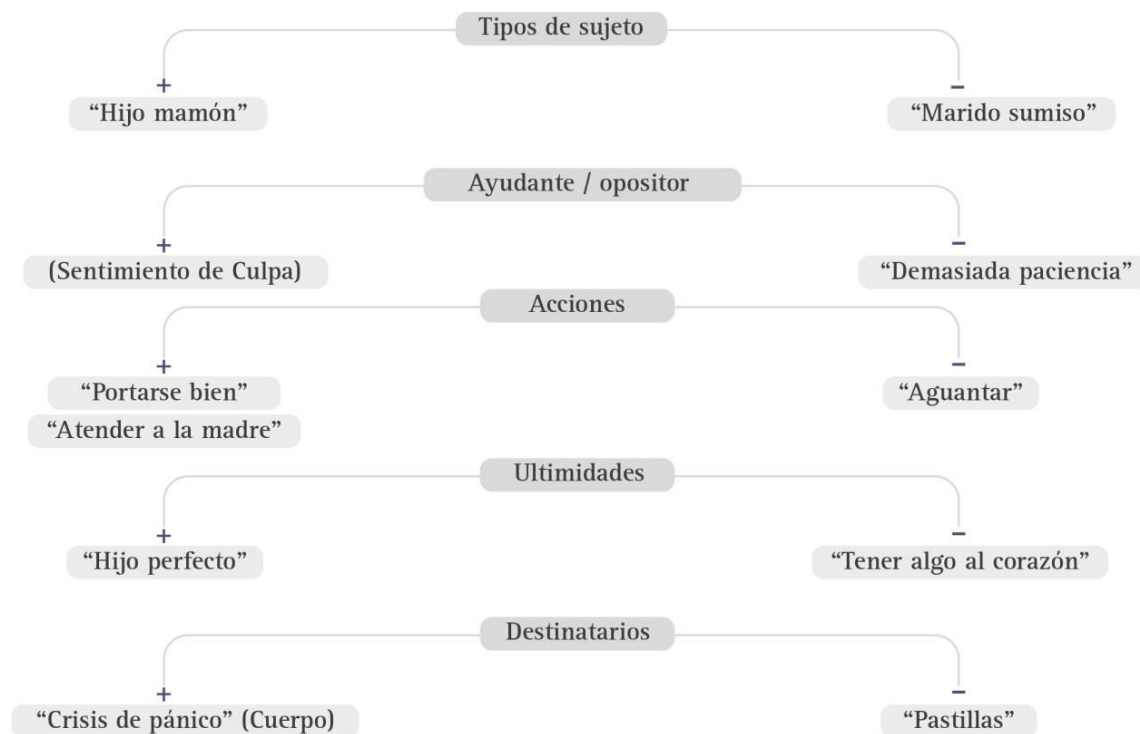


Figura 6. Principales disyunciones y ejes temáticos sobre sí mismo y relación con el clonazepam.

**Paráfrasis de la estructura.**

Andrés da cuenta de dos tipos de sujetos asociados a los roles familiares y las características de estos. En tanto “hijo” se observaría devoción por la figura materna, siendo la mamá el objeto más relevante para él, por lo cual se pretende satisfacer las necesidades de la madre, “si mi mamá se moría yo pensaba que me iba a morir pos, sin ella como que, yo no veía futuro sin ella”. En tanto madre “muy demandante” y que “busca extrema atención”, Andrés emprende una búsqueda por agradarla, “era todo pa ella, o sea que no sé pos... mi sueldo, si ella quería una cama, un televisor yo se lo compraba” “el cariño más grande que tenía”, por lo que

se califica como “mamón” hasta la adultez.

Andrés reemplaza la posición de hijo “mamón”, al convertirse en “marido”. En este sujeto, se observa la identificación con la figura del padre, quien posterga sus propias necesidades para satisfacer las de su madre y hermanas, que tolera y da en el gusto a los demás y no pone límites frente a abusos o aprovechamiento, “mi papá todos dicen que él es muy bueno”, “le dicen: “Ud. es un santito pa que aguante a esta señora como de la manera que lo hace””. Así, el “marido sumiso” debe “aguantar”, lo que es posible gracias al actante “demasiada paciencia”, “no sabemos cómo mi papá aguanta ahí con mi mamá”. Como marido es importante “tranquilizar” a su esposa, “y no es que yo tenga así como miedo sino que es como pa evitar las situaciones como de malestar, porque no quiero que mis hijos vean peleas y cosas raras, les puede afectar a ellos”.

El objeto evitado en el modelo es “tener algo al corazón”, consecuencia de haber tenido que “soportar” de los otros, como el padre de Andrés, “ya sufrió un poco las consecuencias [...] le dieron dos infartos, [...] le dijeron que podían ser cosas tensionales, que tenía mucha tensión, muchos problemas”.

El “hijo mamón” por su parte, desarrolla acciones para “portarse bien”, tanto con pares (hermanos o compañeros de trabajo) como con las figuras parentales. La madre utiliza a Andrés como ejemplo de buena conducta, “no porque el Andi se porta bien” “ustedes hacen desorden” así como el más perfecto, y ahí mi hermana, sobretodo mi hermana chica se ponía celosa pos, porque ella era más desordenada, era inquieta, se portaba mal”. Entre sus compañeros de curso “era así el más tranquilo del curso, eran todos revoltosos y yo prefería no andar haciendo desorden, a mí mamá supuestamente en esa época la felicitaban, le decían no su hijo es súper tranquilo, parece un mueble más en la sala, no sé pos, no se porta mal”.

Otra acción positiva del modelo es el actante “atender a la madre” por sus diversas enfermedades, lo cual implicaba que “siempre hay que estar atendiéndola porque ella pasa gran parte del día en cama y toma muchos medicamentos”.

Cuidar y atender a la mamá y portarse bien son actantes que portan al sujeto al objeto deseado, ser el “hijo perfecto”, en comparación con otros pares. La madre lo posiciona en un lugar privilegiado, de “favorito” a comparación con los hermanos, “tenía problemas por eso [...] se enojaban conmigo porque ella decía eso [...] ella misma hacia que le causara envidia a



mis hermanos”. Esta envidia produce (sentimiento de culpa), fenómeno que también siente Andrés con sus compañeros de trabajo, cuando él no debía hacer turnos de noche por licencia médica (privilegio), sintiéndose merecedor de castigo, para lo cual debe “portarse bien” y “atender a la madre”.

Es difícil sostener el lugar de hijo perfecto, y finalmente lo lleva a tener crisis de pánico, fuertemente relacionadas con el cansancio producto del cuidado de la madre, “de un principio yo lo veía normal pos, bien. Pero después era muy cansador porque de repente igual ella era como muy cómoda”, “llegaba de los turnos y hacía el turno que tuviera, tenía que verla yo”. A su vez, que le demanda mucha atención de su parte, “para ella todavía yo soy como su guagua”, “ella está todo el día llamándome, así, ella quiere que poco menos le diga todo lo que ocurre”.

Por último, el destinatario negativo del “marido sumiso” es tomar pastillas (clonazepam), y se vincula con el pensamiento constante de “tener algo al corazón”, pensamiento que es producto de la identificación paterna, “siempre las crisis de pánico me han afectado con taquicardias, se me apuran las pulsaciones...” “siempre me pasaba el rollo de que podía ser algo al corazón”, “un infarto, ese es como el miedo más grande”, “además que no es sólo que me imagine, sino que como me dan las taquicardias fuertes, me paso los rollos”.

En tanto sujeto “marido sumiso”, presenta crisis de pánico que se gatillan por la idea inconsciente de tener un infarto al corazón, con síntomas como “malestar en el pecho”, “taquicardias”, “brazo muy tenso” y que son los síntomas de un ataque cardíaco.

Las “pastillas” (clonazepam) serían la “solución” concreta de que no es “algo al corazón”, sino por el contrario, es “estar nervioso”, y funcionan como un objeto real que simbolizaría para el sujeto que no está sufriendo un ataque cardíaco, “sabiendo que no es el corazón, me paso el rollo que pueda ser algo al corazón”. Es decir que sabiendo que no es algo al corazón, esto es ratificado por medio de la ingesta farmacológica como elemento del mundo simbólico que genera efectos reales, “pero finalmente se me termina pasando solo cuando tomo la pastilla”.

Así, desde un lado, está el sujeto como hijo, en donde termina presentando crisis de pánico, debido al constante agobio de tener que estar cuidando a la madre. Por el otro lado, el destinatario es la relación SOS con la pastilla, que deriva desde el pensamiento de tener un

ataque al corazón cuando se es marido. Paradójicamente, en ambos casos, como “marido” o “hijo” no logra escapar de la ansiedad. Cabe destacar también que todos los casos vistos hasta ahora, este es el sujeto que mejor ha podido armar una salida de los vínculos objetales primarios, y por otro lado, no requiere ingerir todos los días la pastilla.

#### **4. Caso Hugo**

Hugo tiene cuarenta y seis años, tiene dos hijos de 15 y 12 años, CC y BB respectivamente. Señala que “nunca ha sido de amigos” y que sale muy poco, ya que lo que más disfruta es estar “tranquilo” y ser “súper casero”, sintiéndose cómodo en su casa con quienes vive, es decir con sus padres, su hermano, y sus hijos, quienes viven con su mamá, pero lo van a visitar cuando ellos quieren pues son vecinos, “ellos llegan”, “están ahí mismo”. Hace unos meses renunció al trabajo en el que se desempeñó por algunos años en una empresa de transporte. Se sentía “desgastado” al ver que no había “transparencia” en procesos de fiscalización. Ahora se desenvuelve como taxista a través de una aplicación de internet, lo que posibilita tener “sus propios horarios”, y le garantiza que “en cualquier momento me puedo ir a mi casa” por si hay problemas en su casa.

Hugo convivió determinados años con la madre de sus hijos, primero en casa de sus padres y luego al adquirir su “casa propia”, a pocas cuadras de sus padres. La experiencia de convivencia en pareja detalla haber sido “¡fome pos!, porque ella como que no habla [...] el caracho siempre, un vacío, no hay un calor de hogar”, mientras que en casa de sus padres “conversamos, nos reímos, contamos anécdotas de cuando nosotros éramos chicos”.

El término con su ex pareja fue a causa de una relación que ella sostuvo con otra persona, con quien su ex pareja sigue actualmente, sobre lo que Hugo indica que “me da lo mismo [...] nunca he sido celoso, pa nada”, e intuye que la madre de sus hijos principalmente habría estado con él porque le interesaba tener una casa.

Tras la separación con la madre de sus hijos vuelve a vivir en casa de sus padres. Estos llevan más de cincuenta años juntos, siendo Hugo el hijo mayor de tres hermanos. Sus padres eran feriantes, y él a los cinco años comenzó a acompañar a sus papás en el negocio, “yo tenía como la pasta esa que se necesita para ser vendedor”. Hugo trabajó por veinticinco años junto a sus padres.

Hugo señala que su madre tiene crisis de epilepsia muy fuertes desde que él nació. Ella tiene una preocupación constante por el bienestar familiar, característica que Hugo también adquiere, pues siempre se hizo cargo de cuidar a su mamá desde pequeño, “yo me quedaba con mi mamá, cuidándola”. La relación con la figura materna es muy cercana, lo que genera cierta dificultad para separarse de ella. Con diez años Hugo dice que le pide a su mamá un “hermanito”, quien nace con un síndrome “extraño”, habiendo el riesgo que éste pueda morir antes del año, “mi hermano a los cuatro años se arrastraba por el piso [...] yo me levantaba a las cuatro de la mañana, de pendejo, de cabro chico [...] con mi mamá, ahí, luchando, luchando, luchando, hasta que como a los seis, siete años, dio unos pasos. Y de ahí que en adelante la lucha. Hasta el día de hoy. Luchando con él”. Convergen así las dos “grandes luchas” de su vida, la lucha con su madre, con quien han “estado juntos en las buenas y en las malas [...] siempre apoyándola, ella igual a mí” y la de su hermano, en la que lucha junto con su madre.

De aquí se desprende el “rol de papá” con el cual se identifica Hugo. Respecto de su futuro, siente que debe cuidar a su hermano, a su mamá y estar “siempre pendiente” de su familia, objeto que sitúa en el primer lugar de prioridades, “cualquier cosa que pase, yo estoy”.

En su infancia, le gustaba mucho trabajar junto a su papá, quien estaba presente en el aspecto material, más no en el ámbito afectivo, “no es tan buen papá. Porque las cosas hay que convérsaselas a los hijos, y de eso se preocupó siempre mi mamá”. El padre ejerce el rol de sostenedor y externo al hogar, “lamentablemente en las cosas de la casa, los problemas, no sé pos, él siempre le gusta partir, ir a pagar las cuentas, no va más allá con los problemas”. Asimismo, el padre presenta algunos “vicios”, “toda la vida le gustaron los bayos, se tomaba sus copetes”, “mi papá fue bien jaranero toda la vida”. Respecto de este rol externo del padre, la madre reacciona con “extrema preocupación”, “mi mamá es muy apegada a nosotros, [...], y entonces ¿quién se lleva eso? ¡Yo!”. Hugo es quien acompaña a la madre en la preocupación, siendo “casero” y “solitario”, con el fin de que la mamá no se altere emocionalmente. También la acompaña en el cuidado del hermano. Esta forma de estar junto a la madre se continúa desde su infancia a la actualidad, evidenciándose cierta dificultad para estar sin los padres.

Desde la estructura del discurso, Hugo se posiciona desde pequeño como sacrificando-

se para el bienestar familiar, “siempre... tirando pa arriba nomás pos, del lado de mi papá, por el lado de mi mamá”, y que desemboca en dificultades para salir de esta posición familiar, puesto que él mantiene la homeostasis de esta. Siguiendo el relato, se observa la idealización de los padres y del matrimonio de estos, “he escuchado discusiones de ellos toda la vida, ¡toda la vida!” “pero se aman”, “excelente viejo”, por lo que se piensa que habría conflictos con la separación de sus padres.

Da a conocer muy poco de su adolescencia, destacando el desarrollo del negocio junto al padre, la dedicación de cuidar a su madre y hermano. Por lo mismo es que no va a salir hasta los diecinueve años de la casa. Ubica un periodo desde sus veintitrés años hasta los treinta años en el cual salía con un primo, “tomaba sus copetes y salía todos los sábados”, sin embargo, este periodo está muy ensombrecido en el discurso y no es posible profundizar en mayores detalles.

En ese mismo periodo que comienza a salir –hace veinte años atrás-, con veintitrés años le sobreviene su primera crisis de pánico en el lugar de trabajo. Es llevado inmediatamente a urgencias del hospital y desde ese momento inicia un tratamiento de salud mental que perdura hasta hoy. Al comienzo presentaba crisis de pánico muy intensas y seguidas, en las cuales estaba el pensamiento que “me iba a morir, que se me daba vuelta todo, claro... salir arrancando”. Aunque hace tiempo que “no vienen las crisis de pánico”.

Hugo presenta otros síntomas asociados a las crisis de angustia que señala como “emborrachamiento”, problemas del ciclo sueño-vigilia, y dolores de cabeza intensos.

En relación al problema del ciclo sueño-vigilia, señala que “me empezó a pasar a los dieciocho años, dieciocho, veinte años, pero igual ahora, de repente en la noche, ya y ¡pum! [...] y viene y ¡pum! como que pego el salto”. Se trata de un estado “terrible”, de confusión acerca de si está durmiendo o despierto, asociado con taquicardia y del pensamiento que va a morir. A su vez la sensación de “emborrachamiento”, implica “sentirse ahueonao”, que califica como sensación indescriptible, “la cabeza me duele mucho, me emborracho mucho”, “es que no es dolor. Es como... es que no se puede explicar”, y está muy teñida de fuertes sensaciones desagradables.

Estos tres malestares, dolores de cabeza, “emborrachamiento” y “pegar el salto”, son sensaciones que adjudica a “crisis de pánico” que llevan a Hugo a usar clonazepam o en po-

cos casos, cerveza, y así sortea estas sensaciones, las cuales “disminuyen”. En relación al uso de BDZ remarca que él no es un “drogadicto”, “me la tomo porque yo sé que no sé pos, es un medicamento como cualquier cosa, pero así como pa depender de eso, completamente, no”. Muestra rechazo por ser considerado “drogadicto” y exhibe tener control sobre el fármaco.

En relación al tratamiento farmacológico, Hugo tiene indicado dos miligramos de clonazepam al día y sertralina, tratamiento que ha mantenido por más de dieciocho años, si bien le han cambiado el tratamiento a otras pastillas, “no me las he tomado, ¿pa qué? Yo no soy conejillo de indias”.

Respecto al uso de clonazepam, según el discurso propuesto por Hugo, actúa como un objeto enigmático por medio del cual puede “estar tranquilo”, sin embargo, en esto, cabe remarcar nuevamente la falta de elementos simbólicos que permitan explicar su uso, “bueno, no siempre, años ya, que cuando me sentía mal, y estaba medicado, me tomaba una pastilla, la mitad de una pastilla, y ahí me relajaba, me sentía bien, y decía “yo, “chuta, ¡gracias a dios me siento bien!” “no es que yo crea que sea costumbre, porque es ¡así!”. Este objeto lo tranquiliza, le permitiría “tener una vida normal”, y disminuye la aparición de crisis de pánico, “sé que voy a salir, y no estoy preocupado que me va a venir una crisis”. Por otro lado, el clonazepam no implica “sentirse bien”, ya que los síntomas de discontinuidad mencionados previamente amenazan su bienestar. Lo que aparece muy evidente del caso es la sensación de muerte, como algo de lo real que está poco asociado a algún evento simbólico, y que se podría pensar como síntomas asociados a experiencias de discontinuidad. Acerca de cómo imagina su vida sin el uso de BDZs refiere que “me costaría, demasiado, no ¡demasiado!” hacer su vida, y cree que solo podría estar “en la pieza, estando con mi mamá, decirle, “mamita ayúdeme””, “por favor ayúdenme que me voy a morir”.

Hugo no da cuenta de los usos asociados al alcohol en su juventud, indica que “igual estaba tomando hartos tiempos”, “de repente igual tomaba. Hasta tomaba solo. No en mi casa porque mi mamá, palo en la cabeza. Si pos. No por ahí, en la plaza de repente. Solo”. Refiere haber tomado alcohol de forma excesiva cuando convivía con su ex pareja, “mire yo igual hice hartas cosas. Igual tomaba”, extractos de los cuales no es posible vislumbrar el sentido al uso del “alcohol” como tampoco se puede desprender cómo era el consumo de alcohol del padre.

Hugo señala en la entrevista la dificultad que tiene la madre para que él se separe de ellos. Evita salir para no preocuparla y así siente que ella lo deja tranquilo y no lo invada tanto, “¡y a la edad que tengo! Entonces, con permiso, ¡hinchado en las huevas! [...] mejor te quedai ahí”, “uno mismo malacostumbra a la gente que está en la casa, mi mamá empezaría a indagar más y a preguntar, porque es preguntona”. Por su parte, Hugo no problematiza este tema de no salir tanto de la casa, y muestra desinterés en formar pareja “¡es que a mí me da lo mismo! [...] uno siempre está pensando en la casa”, “uno lo deja en segundo plano o en tercero”.

Desde el discurso, Hugo señala postergarse a sí mismo por el bienestar familiar. Su principal rol es ser protector de su familia, por lo mismo evita salir, gastar el dinero que gana, y manifiesta escaso interés en sostener vínculos amorosos. Desde la separación de la madre de sus hijos, hace nueve años, no ha vuelto a estar en pareja. La dificultad para separarse de sus padres se advierte en la relación de pareja que mantuvo con la madre de sus hijos, hacia quien según refiere Hugo, tenía poco interés de tipo amoroso, lo que se hace evidente en la desinvestidura libidinal hacia ella, “ella anduvo ¡diez años detrás mío! yo no la pescaba” “¡nunca la pesqué! ¡Pa nada!”, “siempre, yo se lo dije “yo nunca voy a dejar de lado a mis papás””. Hugo indica que él se casa con ella porque quedó embarazada, que hace eco con su rol protector, “y quedó embarazada [...] yo soy bien machito pa mis cosas. Y respondo”.

**Discurso de la familia y de su posición en la dinámica familiar.**

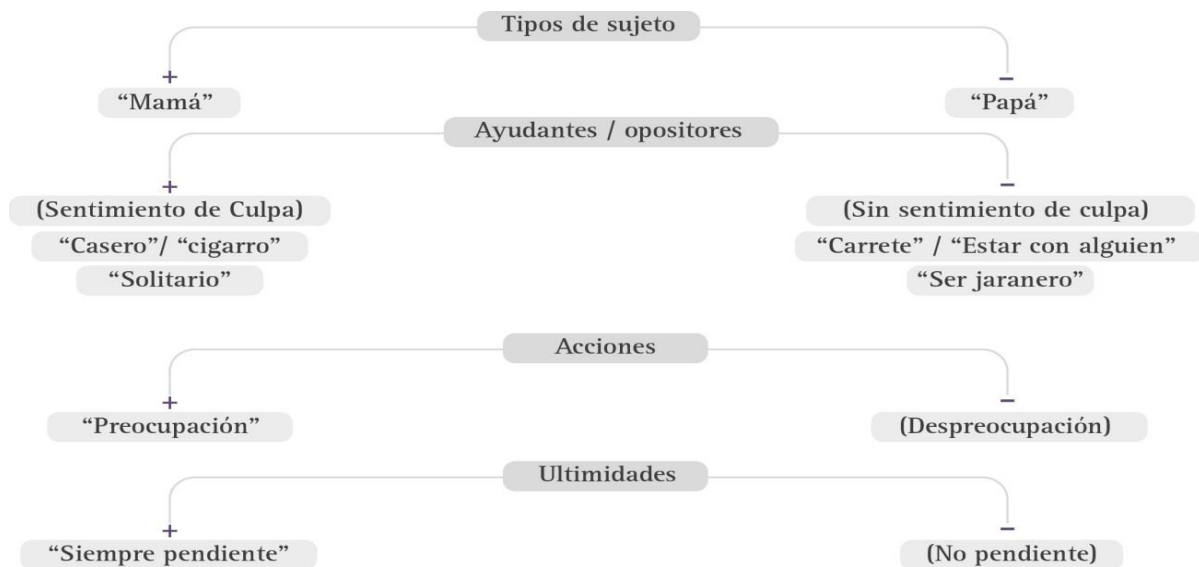


Figura 7. Principales disyunciones y ejes semánticos de la familia y de su posición en la dinámica familiar.

### *Paráfrasis de la estructura.*

En el discurso se encuentran dos tipos distintos de sujetos en función de las figuras fundamentales para Hugo, que derivarían en distintas acciones y objetivos. Al respecto, se distinguiría la figura positiva de la “madre”, cuyo objeto deseado es estar “siempre pendiente”, mientras que del lado negativo, estaría el personaje del “padre”, que se recalca en el discurso la acción negativa de la (despreocupación).

El sujeto “madre” simboliza valores y rasgos de la figura materna, “alguien que siempre está ahí”, que provee apoyo incondicional a los integrantes de la familia, “Mi mamá esta siempre. Ahí... con mis sobrinos, con mi hermana, con mi papá, con mi hermano, conmigo”. La “madre” representa “la preocupación, el carácter. La conversación, la ayuda”, valores con los que Hugo se identifica fuertemente, “saqué la cosa de mi mamá”. Se trata de una figura idealizada, “preocupada pero ¡al máximo!”, “es única”, “es mucho más allá”.

El actante “padre” da lugar a un sujeto ausente en el ambiente hogareño, no al tanto de las preocupaciones de la casa, cuyo rol principal es ser proveedor, en desmedro de aspectos de cuidado y emocionales, “mi papá trabajaba harto, bueno mi papá tomaba, siempre, ha trabajado [...]”. A la vez, se trata de un sujeto que tiende a sostener adicciones, a las carreras y alcohol, “llega el día viernes y le gusta ir a los caballos [...] y a mi hermano también le gusta ir a los caballos. Le metió el vicio de las carreras”.

Hugo oscila entre identificaciones con ambos padres, sin embargo, se exhibe más abiertamente en su discurso la identificación materna, mientras que las conductas del padre estarían más encubiertas. Esto se logra evidenciar en la dificultad de Hugo para hablar de la época de su vida en que salía a “carretear” y sobre su consumo de alcohol. Es relevante también ubicar la posición subjetiva de Hugo en la estructura familiar como un par, un compañero de la madre desde pequeño, y queda ubicado en esta posición hasta la actualidad, en el rol del cuidado familiar en los que su padre está ausente, “tirando pa arriba nomas pos, del lado de mi papá, por el lado de mi mamá. Tirando pa arriba pos. Yo no salí de mi casa hasta los diecinueve años”. Las acciones del sujeto “madre” están estrechamente vinculadas con “preocuparse”, que lo conducen a asumir el “rol del papá”. Desde muy pequeño, él cuida de su madre y su enfermedad, se hace cargo de su hermano, impone normas a su hermana, le explica cómo son las cosas a sus hijos y sobrinos, “cualquier problema que tengo voy a la casa, no

tengo horarios, siempre pendiente de mis papas, de mi hermano, de mis niños, [...]”.

Para Hugo, la preocupación viene también asociada a “luchar” para que la familia salga adelante, “yo me levantaba a las cuatro de la mañana, de pendejo, de cabro chico. Vivíamos de allegados”, “con mi mamá, ahí, luchando, luchando, luchando, hasta que como a los seis, siete años, dio unos pasos. Y de ahí que en adelante la lucha. Hasta el día de hoy”, con un fuerte sentimiento de compromiso y protección a los otros.

En oposición, las acciones del “padre” se vinculan con la (despreocupación) de los cuidados al interior de la familia. Ciertas conductas del padre, tales como “ser jaranero toda la vida”, “tomarse sus copetes”, evidencian la desvinculación con el bienestar del hogar, que asume Hugo al ubicarse en posición del sujeto “madre”. Si bien el padre también impresiona como una figura idealizada, logra dar cuenta de las falencias de éste en su función como padre, “no va más allá con los problemas”, “no es tan buen papá”.

La (despreocupación) es adjudicada a su vez a la madre de sus hijos, al no observar en aquella la preocupación que él sí ejerce hacia sus hijos, “es la mamá de los niños, pero no tiene esa llegada que tiene uno se podría decir”. Esta persona la describe como alguien que al tener pareja, dejaría en segundo plano la preocupación por sus hijos, “a ella siempre le gustó el hueveo. En el sentido que siempre le gustó estar con alguien. ¿Ya? No es como yo. Porque respeto demasiado a mis chiquillos”.

De lo anterior se desprende la exclusión entre los actantes “estar pendiente” con “estar con alguien”; pues esto implica abandonar el rol primordial de velar por la familia, y opuestamente, se vinculan directamente con la negligencia en cuidados.

En la lógica del discurso, el “sentimiento de culpa” es un ayudante para alcanzar la aspiración última de “estar siempre pendiente”, en razón de lo cual, Hugo no saldría con una mujer, “a uno se lo pegaron el pensamiento ese [...] si se va a salir no sé, un sábado y llega el domingo y te vai a sentir súper culpable que no sé pos, gastaste plata o si le pasó algo a alguien”. Del mismo modo ocurre con “ser solitario” y “casero”, que se suman al actante anterior y refuerza el desarrollo de acciones de protección y cuidado a sus vínculos primarios. Hugo se resta de relaciones de amistad. “Ser casero” permite estar presente por si pasa cualquier cosa, “estoy pendiente a cada momento, llamando a los chiquillos, llamando a CC”, mientras que el “cigarro” acompaña a Hugo en su soledad, objeto que lleva muchos años con-



sumiendo en altas dosis. En oposición a lo anterior, el actante “carreear”, en donde asoma el sujeto “padre”, lleva a la acción de (despreocupación), que implica estar ausente, no “estar ahí” en su función cuidadora, “no podis andar saliendo pensando que están los viejos en la casa, que están los niños allá, que le puede pasar algo, o faltar algo”.

La (despreocupación) desemboca en el objeto evitado, (no pendiente) de la familia, con fantasías que giran en torno a los escenarios posibles que pueden ocurrir si es que él no está presente para satisfacer las demandas familiares.

Las acciones del lado positivo entonces conducen a “estar siempre pendiente”, como lo haría su madre. En este sentido, se rescata a la familia de cualquier cosa que pueda pasar, “la garantía es que en cualquier momento me puedo ir a la casa. Cualquier problema que haya, con mi papá, mi mamá, como le decía mi hermano o mis niños, yo estoy ahí”.

**Discurso sobre las experiencias de sí mismo y relación con el clonazepam.**

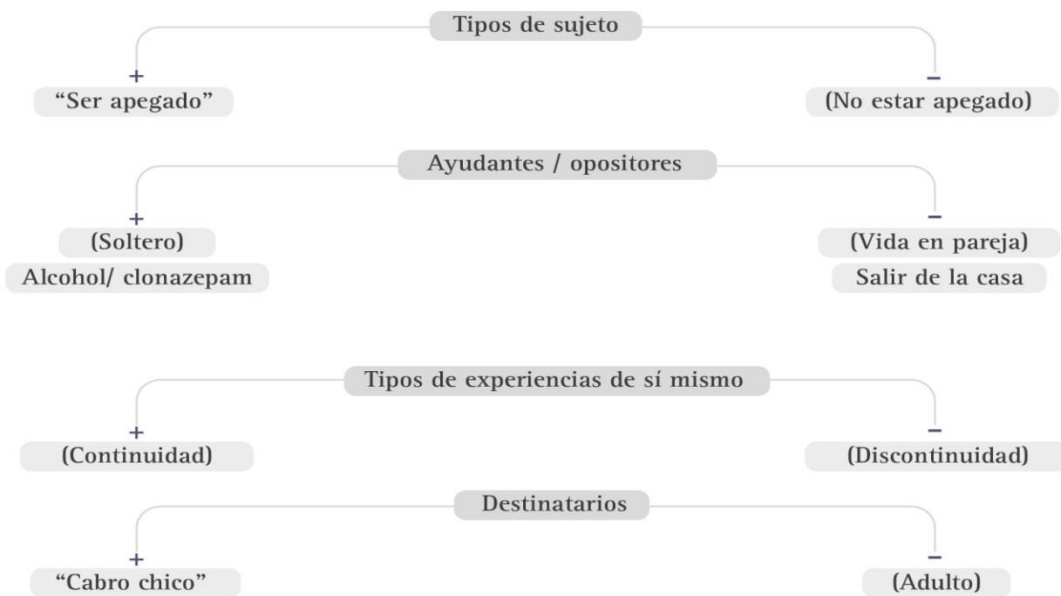


Figura 8. Principales disyunciones y ejes semánticos de las experiencias de sí mismo y relación con el clonazepam.

**Paráfrasis de la estructura**

En el discurso de Hugo se distinguen dos tipos de experiencias del sí mismo. Un tipo de experiencia alude a la (continuidad) del sí mismo, que designa la experimentación del sí mismo en estado normal y alude a características de Hugo como su rol de cuidador de sus padres, de sus hijos y sobrinos. El proyecto a futuro implica también una (continuidad) de su experiencia presente, “tengo que estar con mi hermano. No puedo dejarlo solo [...] yo como

siempre, bueno, seguir trabajando”. La experiencia de (continuidad), que deriva de la acción “ser apegado”, permite llevar una “vida normal”, objetivo del sujeto.

De esta forma, “ser apegado” implica estar unido a la figura materna, en un vínculo de mutua ayuda, en el que se cuidan el uno al otro, “juntos en las buenas y en las malas”, “siempre apoyándola, ella igual a mí”. Así, “ser apegado”, implica para Hugo sobretodo el lazo con su madre, “la que estuvo siempre con nosotros así... no, en el sentido económico... en el afecto, es mi mamá. Y conmigo más que nada”. Involucra pues, una no separación de la madre, como se advierte por ejemplo, en la dificultad para hacer lazo por fuera del circuito familiar, todo lo cual desemboca en estados de continuidad.

Al contrario, mediante las acciones negativas asociadas con (no estar apegado), el sujeto oscila hacia otro tipo de experimentación del sí mismo, que se sería de tipo (discontinuo). Las experiencias de (discontinuidad) se enmarcan en las sensaciones de malestar, “pegar el salto”, “sensación de emborrachamiento”, “crisis de pánico”.

Las experiencias de (discontinuidad) desembocan en la sensación de muerte que sufriría el sujeto, cuya descripción se hace muy compleja, “como que me vino algo a la cabeza, así como ¡uh! (*exclamación*) como que voy a morir, y ¡uh! ¡ahhhh!”; “como me iba a caer, me iba a volver loco y no sé qué me pasó” y “el corazón así pum pum pum pum, y la cabeza ¡no! ¡Yo me iba a morir!”. La discontinuidad en el ciclo sueño-vigilia se trata de algo “demasiado extraño”, “no sé si estaba durmiendo o estaba despierto pero sin poder mover ni un músculo. ¡Nada! Pero a la vez consciente de lo que me estaba pasando”, “y ahí sentía que me iba a morir”, “no me puedo despertar, y digo, “ya, me estoy muriendo, me estoy muriendo”.

En cuanto al actante “vida en pareja” apoya el desarrollo de (no estar apegado) que conllevaría una separación por parte de Hugo, mientras que él transita mayormente por “ser apegado”, al señalar que siempre habría puesto en primer lugar a sus padres, “me levantaba en la casa y me iba a ver a mi mamá”, “con ella no me sentía cómodo en la casa, no me sentía bien. No me era como mi casa. No me sentía bien”.

El modelo muestra que estar “en pareja” implicaría perder el equilibrio familiar, dejar de estar presente en la vida de sus hijos, fallarle a sus padres, y aumentar las preocupaciones de su madre, “no podis andar saliendo pensando que están los viejos en la casa, que están los niños allá, que les puede pasar algo, o faltar algo, que tu hermano”. De ahí que para “ser ape-

gado” el modelo consta con los actantes (soltero), “clonazepam” y “alcohol”.

El clonazepam permite la experiencia de continuidad, “me tranquiliza, me siento bien, como estoy ahora. ¡No es que me sienta bien! Como que estoy tranquilo, como que sé que voy a salir, y no estoy preocupado que me va a venir una crisis”, la tranquilidad que vienen a interrumpir las crisis de pánico. El clonazepam también alivia así, las sensación de emborrachamiento y de dolor de cabeza, el que “es casi todos los días [...] Y me tomo así, un poco [...] de clonazepam, pero así, ¡lo mínimo! [...] ya se me pasa un rato”. De no contar con el recurso BDZs, emergerían estas experiencias de “discontinuidad”, “No, porque el miedo, el miedo, las vuelteretas que a uno le dan en la cabeza, cuando no podis andar solo. No se puede”, “se me pasa toda la película como del primer día”. El actante “clonazepam” junto con el actante “alcohol”, son objetos cuya función es prevenir dicha discontinuidad nombrada como crisis de pánico, curar la sensación de emborrachamiento, o la sensación de discontinuidad sueño-vigilia y así sostener la experiencia de continuidad, “una vez estando con esos dolores de cabeza me acuerdo que me tomé una cerveza y se me pasó”.

En definitiva, “alcohol”, “ser soltero” y “clonazepam”, son actantes cuya finalidad es la no separación de la vida familiar, además de permitir aspirar a llevar una “vida normal” que implicaría tener un horario normal, atender a su familia y salir a trabajar.

Mientras que el sujeto que experimenta “discontinuidad”, llega al objeto evitado, que es “morir”. La experiencia cercana con la muerte que tuvo Hugo desde niño, como testigo de crisis epilépticas de la madre, la hospitalización de ésta, y el pronóstico de muerte del hermano marcan al sujeto y son experiencias que vuelven a ser revividas en forma de crisis de pánico. De la lucha de su madre, con respecto a las epilepsias, se pasa a la lucha de sobrevivencia de vida del hermano. Estas experiencias lo afectaron fuertemente y las experiencias de discontinuidad son experiencias que interpreta como que él se va a morir, “no es que uno lo hace pensar, la mente” lo lleva a pensar en eso.

Finalmente, el destinatario positivo sería la “mamá que lo trata como cabro chico”, ya que en este sentido, no se debe separar de su madre, pues como sujeto “apegado” a ella, no sale de la casa para evitar el desborde materno, “siempre le reclamo” “que si ya estoy pero ¡viejote!” y estoy al lado de ella, y estoy al lado de ella ¡¿qué más?!”. En el discurso, se es “cabro chico” en la medida en que no se separa de la familia y se ejerce el rol de cuidador. Para optar

por una vida “normal”, Hugo debe quedarse en la casa, y “recibir” las consecuencias de la preocupación de la madre, “es que mi mamá es muy apegada”, “es que lo que pasa, mire, yo soy como súper mamón. No es que yo sea mamón, me hacen mamón, mi mamá, siempre: “¿qué tenís? y cosas, siempre”.

Desde el polo opuesto, el sujeto que (no está apegado) tiene experiencias de discontinuidad, debido a la separación de su familia, y converge en las sensaciones de “muerte”, como se evidencia en la sintomatología que presenta.

## ANÁLISIS Y DISCUSIONES

A continuación se presentará la discusión de los resultados para cada caso desde las concepciones psicoanalíticas revisadas previamente. Para ello se considerarán los siguientes cuatro ejes de análisis: 1. Ubicar el sentido y el momento de la angustia en el caso; 2. Analizar el tipo de sujeción que produce el sujeto con el fármaco desde las teorías de las toxicomanías; 3. Discusión del lugar del fármaco desde las teorías psicoanalíticas del fármaco como tecnología y 4. Las conexiones del caso con las teorías sociales. Posteriormente, se hará una revisión general de los casos en sus similitudes y divergencias en función de las mismas dimensiones de análisis.

### 1. Caso Susana.

Respecto al primer nivel de análisis, cabe mencionar que Susana logra salir de su casa sola con mucha dificultad. No utiliza el transporte público a causa del trastorno de angustia. Enfatiza que tiene ataques de angustia en su auto en un túnel cuando viaja los fines de semana a su trabajo, por lo que la angustia restringe diversos aspectos en su vida. Susana se describe como alguien “sumamente ansiosa”, y que en determinadas situaciones presenta crisis de pánico. Las crisis de pánico inician cuando su madre huye del hogar y Susana asume el rol de adulta en la casa, reemplazando a la madre, mientras que por otro lado se “libera”, “se borra” con el uso drogas, saliendo con amigos.

Actualmente, los desencadenantes de angustia se vinculan a dos situaciones, ambas relativas a relaciones significativas. Por un lado se angustia en situaciones que debe compartir con su madre, que le generan “ansiedad física”, o un ataque de pánico de alta intensidad y por otro lado, con su pareja. Se puede pensar que de pequeña experimentó alta expectativa ansiosa en los momentos en que no estaba el padre, momentos en los que estaba expuesta al maltrato materno, debía “andar con mucho cuidado”, “no hacer nada malo”. El maltrato y frialdad maternos dan a entender el ambiente infantil de Susana caracterizado por la expectativa de peligro inminente y sensación de desvalimiento desde una posición “dependencia” a la figura paterna, figura de “salvación” frente al maltrato de su madre. Desde los análisis de resultados, la relación con la figura materna se asocia a “someterse”, “cabra chica”, “sentirse prisionera”, lo cual permite ser concebido desde la teoría freudiana como angustia por el peligro incons-

ciente de perder el amor del objeto, lo cual se asocia a las vivencias de maltrato hasta la adolescencia, que experimenta como “falta de cariño” de la madre (Freud, 1926).

La angustia actual que genera la figura materna se puede comprender como una angustia estructuralmente distinta a la planteada por Freud, desde Lacan (2015) ante la presencia del deseo del Otro. La pregunta “¿cómo pudo castigar o pegar tanto a una hija?” será un cuestionamiento que la deja en posición “cabra chica”, sometida al goce del Otro. La cercanía del objeto materno deja en incertidumbre su lugar como sujeto, titubeando entonces su constitución subjetiva, sus referencias simbólicas e imaginarias, del cual no puede decir nada más que por los efectos reales de angustia (Miller, 1993). La angustia que aparece con su pareja estaría ubicada en la serie materna, como se observa en los resultados del discurso. Aquí será la ausencia de respuesta de parte de su pareja lo que la lleva a “psicosearse” con pensamientos recurrentes, desconfianza y dudas, lo que rápidamente activa montos elevados de angustia, y en ocasiones causa crisis de pánico. Se puede pensar que estas situaciones de angustia abren el camino del goce (“falta de cariño”, “aguantar demasiado”). Aparece la compulsión a la repetición en las pautas de interacción con estos otros significativos, momento en que Susana utiliza la pastilla para “desconectarse”. Ante la ausencia de llamadas y mensajes de la pareja surgen la angustia y el goce, en vez de transitar por la vía fantasmática, el objeto *a* se ubica en la posición de la angustia y no así del deseo.

El uso de BDZ de Susana le permite sostener estas dos relaciones en que está como objeto del goce del otro, relación que asocia a una posición infantil, en que “aguantar demasiado”, y la alejan del objeto de su discurso, el “ser reconocida”. El goce que la amenaza lo relaciona con volverse loca, de manera que el uso de BDZ es la forma para sobrellevar las relaciones para no ser “loca” o que impide la “paralización completa” que le ocurre al ser presa de la angustia. Debido al conflicto observado entre la sumisión y “aguantar demasiado” en sus relaciones significativas, se puede pensar la existencia de fobia a la soledad (Freud, 1926), pues se sostienen relaciones en que no se siente “reconocida”, aspecto importante en sus relaciones desde la serie paterna.

Acorde a los análisis de resultados, hay dos estructuras discursivas que sostienen el uso a largo plazo de BDZs. Por un lado, está el uso relacionado con hacerla capaz, que si bien la llevan a ser “adicta”, pero la protegen del estado de pánico. De este modo, el uso de BDZs

permite sostener relaciones en que no se siente reconocida.

En un segundo nivel de análisis, respecto a las teorías de la toxicomanías, el uso del fármaco sostiene la posición de “cabra chica”, “prisionera”, tendría relación con la dependencia infantil, se fija una posición arcaica infantil de sometimiento, que se puede “aguantar” gracias al uso de BDZ (Abadi, 1984). Ambos usos del fármaco pueden ser comprendidos como una forma de defenderse de lo real, en que el BDZ es un “remedio para lo imposible” (Salomone, 2015; Tarrab, 1993). El uso diario del fármaco permite sobrellevar “tener la cabeza llena de problemas”, “estar pendiente de sus pensamientos”, “estar encerrada”, que permite el repliegue narcisista, provocando el estado de semivigilia, con el fin de borrar pensamientos e ideas que producen malestar (Le Poulichet, 2012).

Las BDZs son el medio de desconexión para “liberarse”, “no escuchar su mente” por sus propios medios. Con ellas se accede al “Yo-no-pienso” como rechazo al inconsciente y el temor a lo que retorna de lo reprimido. Borrar los pensamientos es la forma para la “desconexión total”, “no saber de nada”, hace desaparecer el Yo, en este caso, haciendo un corte reiterado y radical con el propio inconsciente (Calais, 1995), pues es en los pensamientos donde está el Yo como “vectores de goce” (p. 100), mientras el fármaco ataca los significantes que causan el goce. El ritual del *farmakon* la “tranquiliza” y “estabiliza” al implicar un hermetismo del inconsciente.

Estos son los beneficios del BDZ que hacen que Susana “no lo pueda dejar”, es su “enemigo necesario”. Las BDZs entran en la lógica de objeto ideal, que representa su “salvación”, como “amor único”, en la línea de la serie paterna acorde a la estructura discursiva. Es un amor específico que no logra ningún otro objeto colmar. Si bien Susana expresa que “desde que partí con esto lo que más quiero es dejarlo”, lo que opera es una compulsión a la repetición dependiente del circuito pulsional (Manzetti et al., 1995; Unterberger, 1995).

La operación del *farmakon* regula la aparición de la efracción entre cadenas significantes y el cuerpo cuando se produce la angustia, y con la operación desaparece lo real del cuerpo, el cuerpo en exceso. El *farmakon* viene a silenciar los órganos, logra hacer frente a la “sensación que te vas a morir” (Le Poulichet, 2012) que le ocurre con las crisis de pánico. El mismo hecho de tomar un medicamento implica el ritual médico de asistir a la consulta con el fin de no volverse “loca” y “hacer una vida normal” por lo que operaría el lazo social, y la

función de ritual (Freud, 1930).

En tercer lugar, en la dimensión de análisis del uso de BDZs como tecnología farmacología, desde el registro imaginario la pastilla se asocia con la significación de “estar tranquila” y la “sensación de libertad”, imaginarse como una persona capaz de tener el control. Desde el plano simbólico, puede hipotetizarse que la demanda es la “estabilidad emocional”, que determina la manera en que se inscribe un sujeto en el objeto fármaco.

Finalmente, en cuanto a la última dimensión de análisis en cuanto a las teorías sociales en el uso crónico de BZDs, es posible sostener que el uso del fármaco permite a Susana la convivencia en el hogar con su madre y el malestar que le genera esta figura, de manera que se bloquean otras formas de solucionar el conflicto de angustia asociado con la figura materna. El uso de BDZs para Susana también se puede explicar desde el sostener roles femeninos, que la hacen sentirse “prisionera” en el rol de ser mamá, hija, teniendo que “sobrellevar relaciones” que le generan angustia (Cooperstok & Lennard, 1979).

## **2. Caso Ximena.**

En cuanto al primer nivel de análisis, a Ximena se le imponen una serie de restricciones desde que presenta el trastorno de angustia hace más de cinco años. No puede utilizar locomoción colectiva, y solo consigue ir a un lugar si es en auto. Cree que podría usar el metro en compañía de alguien conocido, pero nunca lo ha intentado. Los trabajos que ha tenido deben ser cerca de su hogar o ubicarse en un lugar específico para usar taxi o colectivo, de otra forma no podría llegar a su lugar de trabajo.

El trastorno de angustia con agorafobia puede ser comprendido como inhibiciones producto de la angustia de pérdida de amor de objeto (Freud, 1926). La angustia de pérdida de amor de objeto que provoca la neurosis actual, de tipo agorafóbico, comprende la regresión a una etapa infantil, en la que inconscientemente se busca la protección del adulto, lo que se observa en la “falta” que le hace su madre, de quien Ximena siente abandono, “me ha hecho falta”, “la he necesitado bastante”.

El vínculo que tuvo con su abuela habría sido uno de los más íntimos en su vida, y en este se ubica una separación que la “marcó” en su historia vital. Se puede plantear que el peligro experimentado por la pérdida de amor de objeto de su abuela devino una moción pulsio-



nal a reprimir, represión que quedó fijada y que por lo mismo se tornó en situación de peligro para futuras pérdidas, siendo una compulsión a la repetición la reacción de angustia frente a separaciones (Freud, 1920). Actualmente Ximena evita las separaciones de manera defensiva, al estar sola, “no necesitar a nadie” y “alejarse a la gente”. En la serie de la separación se ubican la separación del padre de su hija y de sus padres, separaciones que revive diariamente en el hecho de tener escasas instancias familiares para compartir, sentir que “no hay familia”, “cada uno por su lado”, todo lo cual se opone al ideal del discurso “vivir todos juntos”, momento de su historia de vida pasado en los que no tenía crisis de pánico ni angustia, era “plena”.

El trastorno de angustia se instala posterior a la ruptura con el padre de su hija, y matrimonio de los padres, desvaneciéndose así el “sueño de familia”. Aparece el objeto de angustia al sentirse sola, en el no hay familia, e irrumpe el ataque de pánico, objeto innombrable, al cual no se logra ubicar mediante significantes o sentido alguno que dé cuenta del goce. La separación la conecta con la escena la separación original de su abuela por lo que en su contexto familiar actual como telón de fondo, el objeto de angustia emerge constantemente y deberá velarse con el objeto BDZ (Lacan, 2015).

A Ximena se le torna angustioso “apoyarse en otros”, pese a que es su deseo. Se defiende de tener pareja, buscando “la quinta pata al gato” por “miedo de estar en relación”. Igualmente esto le ocurre con su madre, de quien anhela recibir ayuda como lo hace con sus hermanos, pero la termina alejando, y se defiende contra el deseo. La compulsión de repetición se observa en sus relaciones con otros y la posición de “alejarse a otros”. Esto la lleva a la “soledad” y a “no necesitar a nadie” (Freud, 1920). El uso de BDZs, permite sobrellevar este circuito pulsional de mejor manera, puesto que permite “tapar la depresión” que le genera “estar sola”, y evita volver a sufrir con alguien. Esto la hace sentirse “cobarde” por no poder hacer las cosas que le gustarían, y “estar amarrada a la pastilla” pero finalmente la ayuda a “calmarse”. La función de las BDZs es velar el objeto de la angustia, el cual siempre retorna de todas maneras. La defensa contra el goce funciona por el momento, ya que logra hacer sus cosas, pero lo que la pastilla vela vuelve a retornar, como lo indica el uso crónico de BDZs en la sujeto.

En segundo lugar, respecto a la teoría de las toxicomanías, se observa la disyuntiva

que tienen los adictos según Freud (1912) para el encuentro satisfactorio con el objeto sexual o amoroso. Ximena plantea que no ha podido sentirse “plena” desde la ruptura con el padre de su hija. Acorde a la estructura discursiva, ambos objetos: BDZs y pareja están confrontados y serían excluyentes, en el sentido de que para dejar las BDZs tendría que “estar con alguien”, lo que recuerda al “matrimonio feliz” de los alcohólicos con el vino, al ubicar el tóxico como elección de objeto. Para Ximena, la relación con la BDZ le permite no ir al encuentro del Otro sexual, ya que le permite “salir sola adelante”. De igual manera que Susana, el encuentro con el deseo está obstruido, interfiere el encuentro con el goce. El uso del *farmakon* funciona como dique contra el goce, defenderse del compulsivo camino que la lleva a la soledad, al “no necesitar de nadie”, tener “una coraza muy grande”. El goce la aplasta a través del “bajonearse mucho”, el miedo a tener pensamientos suicidas, de sentirse atrapada, y descompuesta, todo lo cual el BDZ le ayuda a sortear. De esta forma, con el uso de BDZ se siente completa, y no busca la satisfacción en un objeto sexual.

Frente a esto, es posible plantear el uso del BDZ como defensa maniaca que le permite “salir igual”, para no bajonearse, “cero posibilidades de quedarme acostada”, en donde habría cierta recuperación del goce perdido, puesto que en lugar de ponerse en falta y asumir la castración, se llena de goce, y vuelve a mostrarse completa, desde una lógica fálica (Freud, 1917). Esto, lleva a Ximena a gastar mucha energía psíquica en actitudes defensivas para no mostrarse en falta ante los demás. Es la visión de la droga como método de defensa frente al goce del cuerpo (Salomone, 2015).

El goce enigmático queda revelado con la necesidad del uso del fármaco por las noches, uso al cual no logra entregar un sentido más que el de la prescripción médica, viéndose cómo opera el registro simbólico en el lazo con el medicamento (Unterberger, 1995). Estos “usos sin sentido” en el uso crónico de psicotrópicos generarían aun más sometimiento al producto y confusión respecto la finalidad del uso (Le Moigne, 2008).

El tratamiento del cuerpo por medio del uso de BDZs permite la “baja de revoluciones”, estar “más light”, “sentir el placer de andar tranquila”. El fármaco produce entonces un repliegue narcisista y un estado de semivigilia, que más que borrar contenidos dolorosos, funcionan para el tratamiento real del cuerpo, pues faltan las claves de la dimensión simbólica que es lo que ocurre con esas sensaciones intolerables (Le Poulichet, 2012).

En el tercer nivel de análisis, las complicaciones asociadas al uso de BDZs son, desde una lógica imaginaria, sentirse “dependiente”, “amarrada a una pastilla”, y que, desde la lógica fálica conflictúa a Ximena desde el no-todo y la falla. La identificación fálica viene del mandato materno “salir adelante sola”, por lo que en varios aspectos el fármaco se adapta muy bien a esta fórmula, ya que camufla problemas, “nadie sabe lo que me pasa”, pero depender del medicamento va en contra del ideal del Yo. La estructura discursiva indica que es estando en pareja que no va a requerir el recurso del fármaco. Se podría pensar que desde la misma lógica fálica es cuando se siente “plena”, “completa” con pareja, y por tanto, se cree que la angustia no va a estar presente.

La pastilla viene a cerrar el inconsciente porque no la pone en falta, puesto que el uso de la pastilla viene a tapan la falta imaginaria, relacionado al cómo ella se muestra: “me ven fuerte”, “no ando demostrando”, “me la banco sola”. (Gómez, 2007; Fatela, 2004; Racciatti, 2012). La medicación limita el despliegue de la palabra, al calmarla de la depresión y de la angustia, permitiendo no buscar una significación al síntoma, lo cual no implica que sea una operación exitosa ya que no logra claramente suprimir el dolor (Roudinesco, 2013).

En el cuarto nivel de análisis, en el caso de Ximena se evidencian mandatos femeninos asociados al malestar y sufrimiento psíquico en relación a no estar con el padre de su hija, en el sentido que la ausencia de la figura del padre de su hija se hace conflictivo y angustioso. Lo anterior, se puede comprender desde Koumjian (1981) quien señala la medicalización de lo social ocurre cuando situaciones sociales son solucionadas desde un enfoque biomédico, es decir, la ansiedad es percibida como conflicto intrapsíquico. Para Ximena de todas formas, el uso de BDZs le permite el autocontrol, sobrellevar sus problemas y angustia, por ejemplo, en el hecho que con el uso del fármaco puede salir y “tapar la depresión”.

Otro aspecto a remarcar del caso es que el uso de estos fármacos es algo reprobable para Ximena, y lo mantendrá oculto. En efecto, sólo su mamá sabe que ingiere BDZs por miedo a la reprobación social (Haafkens, 1997).

### **3. Caso Andrés.**

En un primer nivel de análisis, al ubicar el sentido de la angustia asociado con la experiencia de Andrés, aparece el hecho que él habría tenido que cuidar a su madre, por diversas enfermedades de ella, y asistirle en sus crisis convulsivas, las cuales a veces incluso la lleva-

ban a la pérdida de memoria y de reconocimiento. La angustia tuvo un rol importante en la vida de Andrés, “en vez de ella cuidar a los hijos, nosotros teníamos que cuidarla a ella”, lo que generó desde pequeño una preocupación constante hacia su madre, de quien refiere era a su vez, muy demandante.

El cuadro de angustia y depresión de Andrés se inicia a partir del conflicto por no poder continuar atendiendo y cuidando a la mamá como lo hacía antes, “mi mamá es un poco participe de mis crisis”, puesto que comienza a trabajar, y a fallar en el rol de cuidado y atención de la madre, lo cual se conecta con un fuerte sentimiento de culpa.

Para Andrés la madre sería un sujeto que lo completa, para quien faltarle a ella lo angustia. No hay lugar para el deseo de él, ya que él hace de todo para colmar a la madre. Se puede pensar que habría un carácter invasivo de la figura materna, que lo agobia, y que a su vez lo angustia, puesto que la angustia es frente al deseo del Otro, ya que falta el lugar para la falta (Lacan, 2015). Al hacer una ruptura con el lazo materno, y se empareja, se identifica con el padre en relación a la madre, como “marido sumiso”, poniendo a su actual pareja en una posición similar a la de la madre, es decir, un otro que lo llena, y de quien debe “evitar que se desespere”.

En las crisis de pánico prima el pensamiento de muerte, el que se puede comprender desde la identificación con la figura del padre, quien en tanto “marido sumiso” es estresado por la mamá de Andrés y por esto finalmente sufre un ataque cardiaco. El nivel de angustia se observa en la evitación a preocupar a las figuras femeninas, madre o esposa, lo que lo lleva a “ocultar cosas”. De esta forma procura “no dar problemas”, “preferir callarse”, “hacerle el quite a los problemas”, “no ocasionar disgustos” para evitar el descontrol del otro. Tanto estas conductas como el pensamiento recurrente de sufrir un ataque cardiaco tienen que ver con replicar ciertos patrones del padre, con el fin de no estresarse, además de la duda de “tener problema al corazón”.

En su rol como “hijo” o como “marido” Andrés no logra escapar de la angustia, puesto que hay un otro que lo colma y que lo angustia con su deseo. Por esto, como dice Andrés “hable como no hable del tema, las crisis de pánico se mantienen”, ya que la angustia está en su posición respecto al otro, en cuanto al deseo del Otro. La relación con la pastilla como S.O.S. desactiva el pensamiento de tener un ataque al corazón cuando tiene crisis de pánico. Sin em-

bargo, los pensamientos vinculados con evitar el descontrol de los demás y la duda de tener un ataque cardíaco siguen presentes, pero no se manifiestan tan intensamente como en Susana o en Ximena como para requerir usar BDZ diariamente.

Desde el análisis de la teoría de las toxicomanías, después de cada crisis se le hace a Andrés muy complejo “sobreponerse”. Sin pastilla “todo es más difícil”, viéndose aquí las ventajas de la droga en comparación con el significante, que introduce efectos reales de forma inmediata (Toyos, 2011).

Posterior a la crisis de pánico, Andrés no logra sobreponerse sin la operación del *farmakon*. Esto da cuenta de operación del *farmakon* en que el sujeto queda en suspensión y pierde el deseo (Le Poulichet, 2012), pierde este punto de referencia de la imagen especular y simbólico, las referencias espacio temporales, entrando en sensación de discontinuidad. Con la irrupción de la crisis de pánico, el cuerpo deja de ser otro, deja de estar en el registro signifi- ficante, y se genera un real que no se especulariza, un exceso de cuerpo. De manera que la única forma para Andrés de reponerse, reincorporarse es con la “prótesis” que entrega el *far- makon*, con la idea de “administrar” directamente el goce del cuerpo, con lo cual se destituye la subjetividad del cuerpo. No le es posible sortear un ataque sin recurrir al fármaco. Con la supresión toxica hay un rechazo del inconsciente, habría un “aplastamiento de la subjetivi- dad” (Salomone, 2015). Las BDZs se utilizan para silenciar los órganos, como remedio contra lo imposible, como defensa contra la pulsión.

El artefacto BDZ es el tratamiento que logra operar separando el goce del cuerpo. Se puede pensar sobre la situación de Andrés como lo plantea Santiago (1993) en que se rompe la función fálica en las neurosis por el malestar que produce el deseo, lo que en Andrés es un llamado urgente a velar lo insoportable del goce.

Respecto del análisis en función del medicamento como tecnología, las BDZs cum- plen la función del “más vida” como objeto libidinal (Laurent, 2004), puesto que lo salva de la muerte en cada crisis de pánico. Con el fármaco, Andrés comprueba que se trata “una crisis de pánico”, no de un infarto. El “más vida” se observa desde el “calmarse más rápido”, y des- cansar del pensamiento reiterativo de “tener algo al corazón”. Desde el registro real, el fárma- co es una manera de operar sobre el cuerpo enigmáticamente. Andrés tiene taquicardias, se le duerme el brazo izquierdo y presenta todos los síntomas del infarto, y el medicamento revierte

estos síntomas somáticos. Las pastillas son la prueba concreta que no es “algo al corazón”, que es “ansiedad”, y funciona como objeto real que descarta que tenga un ataque cardiaco, “sabiendo que no es el corazón, me paso el rollo que pueda ser algo al corazón”, idea que se ratifica por medio de la ingesta farmacológica como elemento del mundo simbólico que genera efectos reales, “se me termina pasando solo cuando tomo la pastilla”. El efecto real de la pastilla recorta un goce nuevo, cuyo acceso solo se obtiene a través del medicamento, se trata del goce enigmático que viene a intentar normativizar el goce que Andrés no logra regular. El fármaco en su función de real del objeto atraviesa el registro simbólico y transforma mediante efectos reales el significante: de un infarto, la operación real de la pastilla como objeto *a*, opera en el cuerpo (Laurent, 2004, 2007). A diferencia de los dos casos anteriores, la droga sobre el cuerpo tendría elementos simbólicos más claros.

Por último, en el cuarto nivel de análisis, el inicio del uso de BDZs se ubica en el momento que comienza a trabajar y dejar de lado su rol de cuidador, siendo engorroso para él cumplir con el rol de cuidador de la madre como trabajador. El rol de cuidador es tradicionalmente asociado al género femenino, y acorde con lo señalado por Cooperstok & Lennard (1979) el uso de BDZs suele iniciarse cuando hay cambios en las etapas vitales debido a los conflictos asociados a estas etapas. Andrés inicia el uso de estos fármacos con la separación de su madre y de su rol de cuidador, momento en que comienza a separarse del hogar, como para “soportar” este momento de transición en que se le presenta su rol como conflictivo, lo que hasta ese momento no había sucedido. A su vez, relacionado a las expectativas en la ingesta del fármaco vale la pena mencionar el “cuerpo reactivo” de Leibing & Collins (2013), donde el cuerpo va a reaccionar en función de las expectativas del sujeto. Así, para Andrés solo gracias a las BDZs logra calmarse y comprobar mediante su uso que su problema es de ansiedad y no un infarto al corazón. Evidencia que cesan las taquicardias, reacción corporal que obedecería así a sus expectativas transferidas al medicamento. Lo anterior hace alusión a los significativos componentes simbólicos presentes en los psicofármacos, en que se entremezclan pensamientos mágicos que van más allá de la racionalidad (Pellegrino, 1976).

#### **4. Caso Hugo.**

En primer lugar, considerando la orientación sobre la angustia, la experiencia desde pequeño de Hugo se relaciona con una madre demandante, a quien él debía cuidar, siendo

“muy apegada”, lo cual desde la teoría lacaniana de la angustia implica una madre muy cerca que provoca angustia: “¿No saben ustedes que no es la nostalgia del seno materno lo que engendra la angustia, sino su inminencia? lo que provoca la angustia es lo que nos anuncia, nos permite entrever que volvemos al regazo” (Lacan, 2015, p. 64). De esta forma, del discurso se descubre la dificultad de Hugo para la separación y la dependencia afectiva en sus vínculos primarios, en donde la prioridad para Hugo es cuidar de otros. La angustia acá, se observa en los fenómenos de discontinuidad, asociados con la angustia según Lacan, en la que se pierden las coordenadas imaginarias y simbólicas en el sujeto y la pastilla viene a cubrir la sensación de discontinuidad, de despersonalización, en que observa el *fading* del sujeto, la falta de cobertura de la imagen especular, en las sensaciones de muerte, en la confusión “terrible” sobre el estado sueño-vigilia. Sin el uso de BDZs, la fantasía de Hugo es de total desamparo y desvalimiento psíquico, que muestra la angustia traumática freudiana (1926), en donde se imagina con su madre al lado, “me costaría, demasiado”, diciéndole a la madre “por favor ayúdeme que me voy a morir”. Además, como en los casos descritos previamente, asoma en el discurso la referencia a una posición infantil, “cabro chico”, “que si ya estoy pero ¡viejote!” “y estoy al lado de ella ¡¿qué más?!”, que se asocia estructuralmente con el uso del medicamento.

En un segundo nivel de análisis, en cuanto al uso del fármaco desde la teoría de toxicomanías son pertinentes en este caso las orientaciones de Freud (1898, 1912) en tanto el uso de narcóticos es sustituto de la satisfacción sexual, lo que se observa en el desinterés a tener una pareja u otro aspecto que no sea la preocupación por su familia. En la estructura discursiva, es sólo con la paternidad que Hugo inviste objetos por fuera de su familia de origen. Hugo se describe como “solitario”, y al servicio de su familia. La relación con el objeto BDZ que sería armoniosa pues no implica al Otro. Se trata de la satisfacción autoerótica y la mujer se sustituye por la pastilla. Es el sentido del goce cínico (Miller, 1993), la satisfacción no se busca en el campo del Otro, se queda con el goce autoerótico, del Uno, es el rechazo del Otro sexual y los narcóticos son la vía de huida. El goce unario del discurso también estaba presente en el momento en que vivía con su ex pareja, en donde Hugo iba a casa de sus padres, pues manifiesta que tenía escaso interés en hacer una vida de pareja y dificultad para separarse de los padres. En ese momento, Hugo menciona además el consumo de alcohol, lo que puede ser pensado como que otra forma de satisfacción. En este caso se podría hipotetizar que el deseo

no estaría articulado al fantasma, por lo que, la manera de extraer goce va a ser sorteando al Otro. Esto se puede plantear como el fracaso en la constitución de sujeto al modo como lo plantea Santiago (1995), en que el padre no posiciona la interdicción propiamente tal, no existiría una suficiente distancia con el Otro primordial para permitir la castración materna. En este sentido, no se articula el deseo con la ley. El goce entonces será autoerótico, no fálico. No se asume la castración, ni que la forma de recuperar el goce perdido sea por la vía del fantasma.

Le Poulichet (2012) plantea respecto de las fallas estructurales de las toxicomanías que no se alcanzara simbolizar la demanda al Otro, puesto que el otro primordial estaría demasiado cerca. Esto lleva al sujeto a una alucinación sin fin, y las pulsiones parciales no pueden cerrarse sobre un objeto del cuerpo del Otro, por lo que hay una falla del cuerpo libidinal. Por esto, debido a la falla del cuerpo, es que se queda expuesto al estrago del goce, que en el montaje de suplencia, deberá intervenir el cuerpo mediante la operación del *farmakon*.

La función de la droga permite poner límite al Otro, permite la diferenciación yo no yo que no pudo ser elaborada. La ingesta del fármaco logra mantener la homeostasis. El llamado al goce es el llamado a la prohibición del padre que no operó, forma de poner distancia a la madre, ya que el llamado al goce cierra el cuerpo, creando nuevos bordes en el cuerpo.

En este sentido, la experiencia de discontinuidad de Hugo, expresadas en “emborrachamiento”, “sensación indescriptible”, “no se puede explicar”, se pueden entender como un cuerpo que se ha instalado fuera de la cadena significativa, que rompe con el registro temporal, con lo cual no se logra tolerar la ausencia, lo llama a una continua búsqueda de satisfacción que no logra tolerar la espera. Al irrumpir la abstinencia existe una ruptura de la sensación de continuidad, que son elementos muy difíciles de describir para Hugo, a los cuales no logra encadenar con significantes. Entonces, las BDZs pueden ser pensadas como la manera de este sujeto de ligar la efracción entre organismo y el mundo simbólico producida por la abstinencia. La experiencia de continuidad solo la vuelve a retomar con la ingesta del *farmakon*.

Los síntomas de discontinuidad no serían amenazantes gracias al uso de BDZs. Así, Hugo puede estar con el Otro primordial pero con un escape, un límite, que es el fármaco. Hugo se somete al goce materno, a la “madre muy apegada”, que no le permite salir, pero lo logra hacer sólo narcotizado, única manera de diferenciarse. Sin embargo, esto lo protege de



un goce más mortífero, del goce sexual, mucho más amenazante, como cuando señala que se le volvía insostenible tener que vivir fuera de su casa, y que sus padres iban a estar en primer lugar, y en la denostación que sentía por su ex pareja en el momento en que estaban juntos.

No hay falta del Otro, no hay deseo en el Otro, y no hay posición para ocupar más que quedar atado al cuerpo del Otro primordial, puesto que este Otro primordial no logró devolver con significantes la satisfacción a la pulsión. Se observa la falta de recursos del registro simbólico e imaginario. Se puede entender el fármaco en su función de apuntalar el registro simbólico a partir de un objeto real, que permite hacer un cuerpo mediante la operación del *farmakon* (Le Poulichet, 2012; Vicente, 2018).

La urgencia a la supresión del dolor, solo mediante el *farmakon* logra volver a la tranquilidad. Esto lo ejemplifica cuando refiere que cada vez que le pasan los fenómenos del dolor intenso de cabeza, o perturbaciones del ciclo sueño-vigilia, que denomina como extrañas, debe volver a la calma con BDZs, con las que “puede estar tranquilo”, “gracias a dios estoy bien”, “tener una vida normal” o “poder salir, estar en el auto”. Los pensamientos se perciben como “efracción” y cualquier mínima excitación es capaz de generar una efracción.

En este caso se observa entonces que el sujeto debe constantemente “tratar” el cuerpo, para que no emerja lo real del cuerpo. Se observa la dificultad para poner significantes a lo que ocurre realmente en el cuerpo, lo que se pueden pensar en la efracción producida por la ausencia del efecto *farmakon*, que requiere un repliegue narcisista para que el registro simbólico pueda sostener al sujeto, para elaborar significantes. Respecto a la posibilidad de dejar los BDZs Hugo indica que “me costaría demasiado, demasiado”. En este caso, se puede pensar que son más evidentes las fallas a nivel de la estructuración narcisista y de la constitución subjetiva, y que hacen pensar que podría tratarse de un montaje de la suplencia. La operación *farmakon* viene a rescatarlo del goce al Otro. La figura de la madre no estuvo operando a una distancia que posibilitara el cierre de la pulsión.

Desde el tercer nivel de análisis, el fármaco funciona como objeto omnipotente, ideal, que se espera todo de parte de este y lo deja a Hugo totalmente en desamparo sin el recurso del fármaco. El medicamento en Hugo es más que un alivio de la angustia, es lo que le permite constituirse como sujeto (Ehrenberg 2000, 2004). El fármaco puede ser un soporte desde el registro real cuando habría cierta precariedad en la dimensión simbólica (Vicente, 2018), que

con los nuevos recortes y separaciones del objeto fármaco en el cuerpo va a ser posible habitar ese cuerpo, el cual debe ser tratado de manera más evidente que en los otros participantes del estudio (Le Poulichet, 2012).

En el cuarto nivel de análisis, desde las teorías sociales, se puede pensar nuevamente en la medicalización de aspectos sociales. Los problemas estructurales a los que estuvo expuesto desde su infancia, como las enfermedades de su madre y de su hermano menor, el alcoholismo del padre, trabajar desde niño, son factores estructurales a tener en consideración en los conflictos y sintomatología de Hugo (Koumjian, 1981). Efectivamente, acá el uso de BDZs puede ser un elemento que contribuye a que sistemas familiares en estabilidad precaria se sostengan, ya que, por ejemplo, Hugo decide cuidar a la madre y a su hermano.

Este caso da cuenta el lugar de las drogas (licitas o ilícitas) en las sociedades actuales como función terapéutica. Para Hugo el uso de alcohol como el uso de BDZs son explicados desde un fin curativo (Solal, 2004). Las drogas permiten sostener el equilibrio psíquico de ciertos sujetos, son los artefactos que permiten la producción de sujetos con fallas en su constitución subjetiva (Ehrenberg, 2004).

## **5. Consideraciones generales**

En primer lugar, a modo general, hay que mencionar que en todos los casos presentados, los sujetos presentaban ataques de pánico. Estos pueden ser planteados siguiendo lo expuesto por Freud (1926), quien diferencia dos aspectos de la angustia. Por un lado, un aspecto de la angustia que es traumática y por otro lado, como señal de peligro. El aspecto traumático de la angustia tiene que ver con experiencias que reviven el trauma de nacimiento, en donde lo traumático es una fuerte perturbación económica para el aparato psíquico que ocurre cuando falta la señal de situación de peligro que anticipa el peligro. Freud (1920) advierte sobre el factor sorpresivo, traumático, intempestivo, en donde el sujeto está en desvalimiento y desamparo. El trastorno de angustia en los participantes se caracteriza por lo impredecible de su ocurrencia, por lo que es posible pensarlos desde el componente más insidioso de la angustia. En el ataque de pánico se está en el estado de total desvalimiento psíquico e impotencia. Los sujetos están sin recursos para hacer frente a las sensaciones panicosas. Se permite conceptualizar la experiencia de pánico como goce, como un trauma en el sentido de lo inesperado. Las crisis de angustia se caracterizan por su hermetismo, por no poder asociar de acuerdo

a estos sujetos algún sentido o significante que pueda contactarlas con algo del inconsciente, como lo ubica Lacan (2015), “[...] a propósito de la angustia, a saber, que no hay red. Tratándose de la angustia, cada eslabón, por así decir, no tiene otro sentido que el dejar el vacío donde está la angustia” (p. 17-18). La angustia es el afecto que desorienta y en el cual no es posible la representación de ésta, al orientar a lo real. Se trata de un modo de goce que opera por fuera del sentido. Es por esto que se sufren las crisis de angustia, pero no se logra articular significantes a esta experiencia.

En Freud, la angustia motiva represión por parte del aparato psíquico. La secuencia en Freud es pulsión- angustia- represión, que Lacan traduce como “causa de deseo” lo que va a ser motivo de represión. La angustia no es en sí misma la causa del deseo, pero es lo que va a producirlo. Siguiendo a Lacan se pasa del goce, a la angustia, al deseo (Miller, 2013).

Por su parte, en los participantes también se observa presencia de angustia general, que en el caso de las mujeres de esta investigación es más explícito en el discurso que en los casos de Andrés y Hugo, en donde los fenómenos angustiosos son agudos. La angustia y las crisis de pánico, pueden ser pensadas desde el devenir pulsional como mociones pulsionales libidinosas que amenazan al yo. El fenómeno de la angustia en Freud puede ser entendido desde la expectativa ansiosa, que vendría a partir de una moción pulsional que genera angustia. Para Lacan, del goce se experimenta angustia, y en los participantes en general, se observa una dificultad para condescender al deseo, puesto, que habría una inhibición al acceso a este, de forma que el objeto *a* queda ubicado del lado del goce, por lo que sería difícil, siguiendo a Lacan ubicarse para estos sujetos en la dirección que va en la vía del amor. Sólo en uno de los casos, el menos grave en el sentido de la dependencia puesto que no se ingiere el fármaco diariamente, tiene una relación de pareja se podría pensar que logra limitar el goce, y pasar desde la angustia al plano del deseo. El amor como introducción de la dimensión de la falta permitiría ubicar en el otro el objeto faltante.

Tanto la imagen especular como el fantasma, ambos “protectores” del sujeto, de su identidad y orientación subjetiva, se ven perturbados con la aparición de angustia en su vía hacia lo real. Estos puntos de referencia se pierden y el sujeto se extravía cuando aparece el objeto *a* que debió mantenerse oculto (Lacan, 2015).

Se ratifica que en todos los casos hay un acrecentamiento del peligro externo, puesto

que hay una sensación potente de desvalimiento y desamparo, que según Freud, se puede entender por la sobreprotección de los padres (Freud, 1926). Como consecuencia de esto, los sujetos están fijados en una regresión infantil dependientes de una figura protectora. Los objetivos de este estudio no permiten sostener qué tipo de vínculos tuvieron en la infancia los participantes, pero sí se puede plantear a partir de los resultados, que existe en el discurso de estos cuatro casos una posición infantil respecto a un Otro que genera malestar y que promueve angustia. En este sentido, el uso del fármaco permite sostener la posición infantil de los usuarios de BDZs, que es visto en todos ellos: “cabra/o chica/o”, “depender de alguien”, “hijo mami”, “apoyarse en alguien”. Tendría relación con la dependencia infantil y el desamparo, que con el uso del medicamento se fija una posición arcaica infantil de sometimiento, junto con el goce que esto le acarrea, pero que es posible “aguantar” gracias al narcótico (Abadi, 1984).

En un nivel más específico, los hombres de este estudio han tenido un rol cuidador frente a un Otro materno gozador, invasivo, completo. Es la presencia del deseo del Otro, de una madre que colma demasiado al Otro con su demanda, lo que acorde a Lacan (2015) perturba al sujeto, lo que se manifestará en angustia. En el caso de las mujeres, estas han experimentado de parte de la figura materna el maltrato y el abandono.

En un segundo lugar, los casos expuestos dan a entender que el uso de BDZs funciona como un objeto con el cual se tiene una relación exclusiva, similar al matrimonio del alcohólico con el vino de Freud (1912) y al objeto de “amor único” (Unterberger, 1995). La pastilla es posicionada como objeto ideal, excepto en Andrés quien muestra cierta distancia del objeto fármaco como ideal.

A su vez, en todos los casos expuestos se evidencia que el *farmakon* no es utilizado con el fin de buscar experiencias placenteras. Muchas de las operaciones que se producen a la luz del uso crónico del medicamento se condicen con las asunciones de la droga, pero con el uso de BDZ no se busca el rechazo del otro social. Se trata de sujetos cuyo recurso simbólico e imaginario se desvanece rápidamente producto de la angustia. Por esto, las conceptualizaciones de Le Poulichet y de Freud son los que mayormente logran dar cuenta lo que se conjuga en el uso crónico de estos fármacos. Los discursos estructurales de los sujetos muestran que la droga “permite”, “posibilita”, “hacer una vida normal”, “lograr salir a trabajar”, “no

quedarse encerrado”, etc. Por esto, podría pensarse que no se trata de “verdaderos toxicómanos” desde el punto de vista en que “a lo que llamamos un verdadero toxicómano lo ubicamos del lado de aquel que se insubordina al problema sexual, cuando se suelta del Otro y de lo fálico y va a parar a un sin límites maniaco” (Naparstek, 2008, p. 60-61), lo que sólo es posible observar en el caso de Hugo.

Será un producto del cual se logra extraer un goce, que viene a cerrar la castración cuando ocurre el encuentro con lo real y aparece el cuerpo en toda su dimensión angustiosa (Tarrab, 1993). El fármaco tiene ventajas para los sujetos del estudio, ya que los efectos reales son inmediatos. Frente a esto, la ventaja de la droga en comparación a la del significante es que no se requiere de los caminos tortuosos de éste para extraer satisfacción. Se puede entender, que el objeto droga mítico del re-encuentro con La Cosa, que estaría prohibido en el goce fálico (Toyos, 2011).

La relación con BDZ es una en la que predomina la funcionalidad y la urgencia. Es una “prótesis” útil que permite desasirse de los sentimientos de vacío, terror y dolor que inundan al sujeto (Le Poulichet, 2012). En algunos casos, la presencia del pánico era acompañada de pensamientos y fantasías que requerían eliminarse, mientras que en otros casos solo emerge el cuerpo para que este sea tratado. En Ximena y en Susana se observa la presencia de pensamientos que las trastorna: el goce de cada una. En los casos de Hugo y de Andrés, ambos acceden al fármaco por la emergencia del cuerpo en su dimensión real. Se trata entonces de la desaparición del sujeto, en el cual la cancelación tóxica tiene el éxito, allí donde fracasó la represión. Para Salomone, habría un retorno de la supresión toxica cuyos efectos son más devastadores, pues conlleva al aplastamiento del deseo (Salomone, 2015).

La búsqueda del estado de semivigilia que requiere el tratamiento del cuerpo o la psique como órgano, junto al repliegue narcisista es una posible lectura de cómo se puede entender el uso y función del fármaco (Le Poulichet, 2012). Las concepciones de Le Poulichet (2012) se manifiestan como necesarias, ya que estas puntualizan lo que ocurriría en el proceso de abstinencia, el cual es muy importante según se vio en los sujetos con uso de largo plazo de BDZs. Los sujetos de la muestra no han estado en procesos de abstinencia del fármaco debido a las medidas preventivas para no quedarse sin droga, a partir de las dificultades que tienen estos sujetos para sortear la vida diaria sin el fármaco. Los discursos sobre abstinencia se

asocian a experiencias innombrables, horribles, como que el “que mi cuerpo no pudo”, “me hace falta”. Se observa el tratamiento sobre el goce del cuerpo, efecto del uso de pastilla, y el cual va a permitir velar el cuerpo real, que aparece con la angustia. Estos síntomas no operan en el registro simbólico, indescriptibles prácticamente.

A modo general, la operación del *farmakon* permite preservar un estado de continuidad. La dificultad de estos sujetos en los procesos del sueño-vigilia, y de la discontinuidad de lo real que aparece en la crisis de pánico vuelve a ser velado con el *farmakon*. Si no se recurre a las BDZs, se hace presente el miembro fantasma, como alucinación y no se puede simbolizar la ausencia. La operación *farmakon* afecta la dimensión económica del sujeto que implica un tratamiento distinto del goce.

En cuanto al cuerpo, los entrevistados dan cuenta que la dimensión imaginaria, el proceso de alienación al Otro se rompe con su imagen especular, debiendo tratar el goce del cuerpo directamente por la emergencia del real del cuerpo. La abstinencia implica que el mundo externo pase a ser amenazante, lo cual de todos los sujetos, ninguno se sentía preparado para asumir una vida sin recurrir a la pastilla, y es una situación temida tanto como las crisis de pánico. El tóxico es un remedio contra el goce, y revelándose que los participantes no buscan un exceso de goce, por el contrario, es la única solución para cubrir experiencias angustiantes (Tarrab, 1993).

No es posible determinar por medio de esta investigación si se trata de montajes de suplencia o del suplemento. Habría que ver si en los sujetos fue posible que se instalara la pregunta por el deseo del Otro, o esto no fue posible ya que se entregó la certeza por parte del Otro Primordial. Sin embargo, algunas características sobre los montajes de suplencia si estarían presentes, a saber, la pastilla implica la suspensión por el enigma del deseo del Otro, en el sentido que la angustia se produce con la aparición del deseo del Otro, y en este momento es cuando se recurre al *farmakon* con el fin de limitar el goce. Así, este último se reduce y protege a los participantes de un goce más aterrador para ellos, el goce del Otro. El sujeto del fármaco logra sortear la pregunta del deseo del Otro, es la suspensión que parece resguardarlos de un aspecto del goce, sin embargo la operación falla ya que estos sujetos experimentan el goce de todas formas, ya que el pánico está siempre amenazándolos. Otro aspecto que hace pensar que se trata de montajes de suplencia, es la característica que indica Le Poulichet

(2012), quien refiere que en la suplencia, el sujeto es impedido por la posición que ocupa en la familia, de ser “un «neutro» o un «peón»” (p. 134), de manera que se postergan las interrogaciones que lo hacen novelar su familia, armar el aparataje fantasmático.

Esta investigación no logra establecer si en los casos presentados habría una ruptura con el goce fálico, debido a que se realizó solo una entrevista con cada participante. De todas formas, los análisis hacen pensar en el narcótico como una defensa contra el goce, más que como “un modo de goce”. En este sentido, se sostiene lo que dice Tarrab (1993) sobre que no sería necesario escoger una u otra forma, sino la función a la que la droga obedece.

Se recalca como importante señalar dos dificultades en la clínica con estos sujetos. Por un lado, lo instalado que estaría el ritual farmacológico y por otro, la nominación de un malestar como “crisis de pánico”. En relación a esto último, no siempre se trata de un significante propio y puede tornarse fácilmente en un goce estancado, significantes del Otro a los que el sujeto se aliena pero que encriptan más aun el inconsciente y entregan más consistencia yoica (Unterberger, 1995).

Por último, en relación al nivel de análisis del fármaco como tecnología cabe plantear que el uso de BDZs cumple funciones sobretodo en el registro real. Serán los efectos reales los que más se evidencian en las estructuras discursivas de los cuatro participantes (Laurent, 2007). En cuanto a los otros registros, varía en cada sujeto, acorde a la demanda, y sus significaciones, pero a modo general, el registro real resulta más determinante en el uso. Laurent (2004) considera que en el registro real, el medicamento opera más allá del sujeto, otorga un goce al cual no se tiene acceso, pese a generar cambios en el sujeto y en su cuerpo. Son los efectos y transformaciones que se experimentan por el objeto. “El medicamento moderno no se reduce en ningún caso a una sustancia. Es inseparable de la definición de sus reglas de uso y por ello llama más allá de ella a una posición ética” (Laurent, 2004, p. 46). Para Laurent (2004), por más que el medicamento sea prescrito por otro, el medicamento siempre genera efectos propios del sujeto, “produce un goce normativizado propio de cada uno” (Laurent, 2004, p. 49).

Por último, en un cuarto nivel de investigación, desde las teorías sociales, el análisis de los casos evidencia que el principal fin del uso de BDZs tiene relación con que el fármaco les permite hacer una vida normal y regularse a sí mismos. Los resultados de la investigación

dan cuenta que Susana y Ximena perciben una reprobación social en el uso de medicamentos. Todos los participantes perciben el uso de BDZs como necesario, aunque lo ideal para ellos sería no depender de ningún medicamento, de manera que de acuerdo a estos cuatro casos, el uso de BDZs se asocia a un intenso sufrimiento. Por otro lado, en estos casos se observa agencia en el consumo del fármaco, destacando a las BDZs como un recurso importante para el bienestar y como forma de autorregulación (North et al. 1995). A su vez, la agencia de los participantes se observa en la decisión de los entrevistados sobre la gestión del fármaco y ajuste de dosis, por tanto no habría un sometimiento por parte del sistema médico en este sentido, tratándose más bien del autocontrol (Haafkens, 1997; Rose, 2012).

En el contexto de esta investigación es importante remarcar la medicalización de componentes sociales. Esto no se opone a la agencia, que como se mencionó anteriormente, esta puede provenir desde distintos actores sociales. A modo general, se evidencia en los participantes el fenómeno de la medicalización de aspectos sociales, en donde la explicación de la ansiedad recae sobre ellos sí mismos como conflictos intrapsíquicos, sin cuestionarse por los aspectos sociales en sus usos a largo plazo de BDZs descritos en la literatura (Koumjian, 1981).

De esta forma, el uso de BDZs ayudaría a mantener sistemas familiares en crisis, aliviando el malestar producido en los sujetos, al costo de una dependencia farmacológica (Cooperstok & Lennard, 1979). A pesar que exista un factor lo social en el uso de BDZs en los participantes, no estaría expresado en el discurso de estos.

Respecto del uso de BDZs desde la mirada antropológica, los efectos de las BDZs son trascendentales en la vida de estos sujetos para que sigan ingiriendo el fármaco a sabiendas del riesgo que estos conllevan. Los consumidores son conscientes de los riesgos, pero prefieren exponerse a estos riesgos que a no utilizarlas. El uso crónico de BDZs se puede explicar a su vez desde los elementos simbólicos que los sujetos otorgan a las sustancias en el sentido antropológico. Según la literatura, en los casos de psicotrópicos el simbolismo es mayor especialmente cuando son de uso crónico, por tanto en estos casos habría un elevado simbolismo en la ingesta de BDZs, lo que se puede comprender en la ritualización del uso y los significados asociados al fármaco, en el sentido que sólo con tomar el fármaco se sienten en control sobre su cuerpo y con la sensación de poder sobrellevar las sensaciones desagradables, lo que



es evidente sobretudo en el recurso al BDZ durante el ataque de pánico (Helman, 1981; Pellegrino, 1976; Whyte et al., 2002). En línea con lo anterior, se observa el cuerpo reactivo conceptualizado por Leibing & Collins (2013), siendo el cuerpo moldeado según las expectativas asociadas al medicamento, no necesariamente por elementos fisiológicos, sino por las significaciones en el uso de un fármaco y sus propiedades curativas.

El objeto BDZ es el único objeto que puede “solucionar” el trastorno de angustia, delegando poder total al producto, como objeto que resuelve los problemas, dejando al sujeto sin buscar más soluciones (Le Moigne, 2008). El uso crónico es conflictivo y genera división, pero habría una autorización de parte de los participantes a ser sujetado por una pastilla (Fate-la, 2004).

## CONCLUSIONES

La presente investigación realizó un estudio cualitativo sobre el uso a largo plazo de BDZs en usuarios de atención primaria y secundaria de salud pública. De los análisis y discusiones de resultados se desprende en primera instancia que en los casos revisados hay presencia de un trastorno de angustia. El medicamento viene a ayudar a sortear el desamparo producido por la angustia en las crisis de pánico, pero los inserta en otro desamparo, el de la dependencia farmacológica. El uso de BDZs no ayuda a la no aparición de las crisis de pánico, puesto que se teme igual a que surja la señal de la angustia.

El éxito con el cual la angustia es manejada a través del medicamento depende según el caso a caso en cada participante. En este sentido, el que tendría mayor éxito es el caso de Andrés, quien logra estar a cierta distancia con el objeto BDZ, depender menos de él ya que no se trata de un uso diario. Esto es posible ya que Andrés también presenta una mayor distancia de la angustia, lo que se puede pensar en los términos de operación fantasmática, cuya operación permite el acceso al deseo, lo cual no fue posible precisar en los otros tres casos, habiendo mayor vínculo al goce y obstáculo en la vía del deseo. La operación fantasmática logra cubrir y proteger al sujeto de la angustia, “este fantasma del que se sirve el neurótico y que organiza en el momento de usarlo, lo llamativo es que es lo que más le sirve para defenderse de la angustia, para recubrirla” (Lacan, 2015, p. 60), mientras que en los otros participantes habría ciertas fallas en la operación fantasmática al no lograr cubrir al objeto de angustia. El  $i(a)$ , protección del sujeto de la angustia, también se ve perturbado en los casos presentados, “en la experiencia del espejo, puede llegar un momento en que la imagen que creemos tener allí se modifique” (Lacan, 2015, p. 100) para dar paso a la entrada de la angustia, conceptualizaciones que permiten entender desde la lógica del objeto el uso crónico de BDZs en la muestra.

En segundo lugar, cabe distinguir que acorde a este estudio, la angustia y las crisis de pánico son el principal motivo a utilizar las pastillas. En este sentido, se explica el uso de BDZs desde las concepciones de Le Poulichet (2012) en su teorización sobre las drogas, puesto que entrega una mirada sobre la abstinencia que se condice con la experiencia de los usuarios de BDZs vinculada a los fenómenos de la angustia y el acceso a lo real. A su vez, el concepto operación del *farmakon* da cuenta del tratamiento de los fenómenos del cuerpo, que es-

tán asociados a la angustia lacaniana y con la teoría de las pulsiones, de manera que estos son elementos teóricos para la comprensión de lo que ocurre en los usuarios a largo plazo de BDZs. Es importante mencionar que las concepciones de Le Poulichet (2012) no se corresponden por entero a teorías sobre narcóticos, puesto que mucho de lo que plantea como causa de la toxicomanía también se puede comprender desde la estructura de la angustia de Lacan (2015). El uso de BDZ a largo plazo al que se recurre con la desestabilización subjetiva por la emergencia angustiosa asemeja a la represión, o el tratamiento del cuerpo por medio de BDZ, que opera sobre el cuerpo en efracción para que a través del repliegue narcisista se vuelva a articular el cuerpo con la cadena significativa (Le Poulichet, 2012).

No es evidente que en los entrevistados de la presente investigación exista una ruptura con el goce fálico. Esto podría concebirse únicamente en el caso de Hugo, sin embargo, a modo general, la droga tiene la función de defensa frente al goce. Es decir, la teoría de ruptura con el goce fálico se puede ubicar de manera restringida, lo que da cuenta de cierto límite en el uso de esta teoría para dar abo a los usos crónicos de BDZs. Para corroborar esta hipótesis deberían considerarse futuras investigaciones con una orientación clínica de mayor envergadura que podrían dar con esta respuesta.

Esta investigación permite avanzar en aportes sobre toxicomanías, al tratarse de sujetos con toxicomanía, pero ligada al lazo social. De esta forma, un objetivo trascendental en el uso del toxico es la búsqueda de la tranquilidad y la normalidad, lo cual fue expuesto por los participantes. Esto se condice con las concepciones de Le Poulichet (2012), Santiago (1993, 1995), Salomone (2015), que ubican una función significativa del objeto droga, en que opera un fin de “automedicación”, no la búsqueda del goce por fuera del goce fálico, como en los “verdaderos toxicómanos”. El uso de BDZs otorga a los sujetos cierta regulación en la relación con el goce. Pero, pese a esta función, cabe recalcar que las crisis de pánico y angustia continúan en la misma intensidad que al inicio del cuadro de angustia. Es decir, que hay algo en el goce que insiste y ese algo no se sanciona con el fármaco, como lo plantea Salomone (2015), cuando la operación de la droga es defenderse de lo real se observa el fracaso del método, y la pulsión comienza a hacerse compulsiva.

El tratamiento farmacológico sería insuficiente para la operación de la angustia, manifestándose en la compulsiva repetición de crisis de pánico por años, e incluso décadas. En es-

to también es importante considerar el factor de atención de salud en un servicio público en el que fue llevada a cabo la investigación, lo cual habría sido mencionado por los participantes, en donde inciden elementos como la falta de continuidad en los tratamientos, medicalización de lo social, y pocas posibilidades de hacer cambios estructurales en estos usuarios atendidos en un sector con alta vulnerabilidad psicosocial.

El sufrimiento de estos sujetos era uno en donde principalmente tenía efectos reales a los que no se tenía acceso por medio del significante. Lo que da cuenta del fenómeno de la angustia como vía de acceso real. Podría sostenerse que el fármaco es consistente con el cierre del inconsciente en sujetos con uso crónico de BDZ (Gómez, 2007; Racciatti, 2012), pues los sujetos mantienen una posición similar respecto del goce, y el fármaco, como regulador de la relación entre sujeto y goce, que facilita esta homeostasis. Se evidencia el hermetismo que la angustia impone, y no es posible articular los significantes o sentido al goce (Abadi, 1984). El uso crónico de BDZ tiene repercusiones similares a las del verdadero toxicómano en la subjetividad, ya que afecta en la economía de goce, que repercute fuertemente en la dimensión del deseo y del amor, que existe un goce enigmático, pero en el uso prima el sentido de la regulación, el goce se pretende normativizar vía el medicamento (Laurent, 2004). En los sujetos de la presente investigación se evidencia que el fármaco viene a cerrar la división subjetiva respecto al malestar, cierra la pregunta sobre la angustia, que puede llevar a la “buena pregunta, aquella del deseo”. (Laurent, 2004, p. 9).

En estos cuatro casos, los usos del BDZ son principalmente para obtener del fármaco efectos reales, los cuales son enigmáticos (Laurent, 2004; Unterberger, 1995). Es un goce al cual se accede solo por la droga, por tanto el elemento droga se transforma en un objeto ideal, y las BDZs tienen para estos sujetos el estatuto de “amor único”, lo cual habla de la monotonía del sujeto del fármaco, del goce estancado, y de la consistencia del BDZ como objeto ideal, sin tacha (Manzetti, 1995). Los entrevistados a diferencia de lo que generalmente se teoriza sobre las toxicomanías, buscan hacer lazo por medio de las drogas, en un momento ritual, en donde había un uso regulado del tóxico (Vigo, 2008).

Por otra parte, la adicción saca a la luz las problemáticas relacionadas al dolor y al sufrimiento, lo cual se observa en la urgencia y tratamiento del cuerpo. Se advierte también sobre el sufrimiento, en contextos de vulnerabilidad social no siempre están referidos a dolen-

cias psíquicas, habiendo casos en los que es muy complejo elevar un sufrimiento a su estado psíquico (Le Moigne, 2008).

No se observó en esta investigación el uso de las BDZ desde la banalización o *lifestyle medicines* (SEDRONAR, 2007). La utilización de BDZs en los sujetos del estudio obedece a una angustia que se condice con el desamparo freudiano y no se condice con las significaciones asociadas con lidiar con el sufrimiento cotidiano o existencial. Esto descarta lo planteado por algunas conceptualizaciones psicoanalíticas acerca del uso de psicotrópicos que ubican su uso desde registros imaginarios o simbólicos exclusivamente. Esto permite avanzar en relación a la tensión entre banalización de los psicofármacos y el sufrimiento humano, en donde esta investigación refuerza las investigaciones previas sobre uso crónico de BDZs, en que se comprende el uso crónico de psicofármacos desde el sufrimiento y no desde la esfera de la performance.

En todos los sujetos de la investigación el uso crónico de BDZs es una decisión personal, en la cual se asume que el fármaco es la única opción para llevar una vida “normal”, siendo el recurso del fármaco un circuito difícil de romper, pues hay un proceso de ritualización establecido. Los sujetos de la muestra de esta investigación aseguran que el uso de BDZs es la única forma de “llevar una vida que no te mate”, aunque implique depender del medicamento (Baillie, 2001, citado en Le Moigne, 2008).

Desde la mirada biopolítica se infiere que el individuo es el agente de control de sí mismo (Rose, 2012). El sí mismo es una importante forma de sufrimiento en la civilización, por lo que la “normalización” es buscada por el sujeto. Ehrenberg (1995, 2000) asocia esta agencia con un nuevo tipo de subjetividad en el que las drogas son el “artificio” mediante el que algunos individuos pueden acomodarse a las normas sociales. Por otra parte, es pertinente recalcar el factor de vulnerabilidad psicosocial en el cual se realizó el estudio. La decisión sobre el uso del fármaco y ajuste de dosis viene dado casi completamente desde los usuarios de los BDZs, siendo estos claramente agentes. Los usuarios sopesan positivamente el uso del medicamento pese a estar consciente de todas las consecuencias negativas de su utilización y pese a que existiría una reprobación social por su uso (Haafkens, 1997; Koumjian, 1981)

Este estudio pretende ampliar la mirada existente desde el psicoanálisis en torno a los psicofármacos y entregar una mirada más profunda sobre este fenómeno, amo de la época.

Habría una mirada crítica no solo desde el psicoanálisis, sino también desde la sociedad occidental en el uso crónico de psicofármacos, en que tanto el sufrimiento psíquico como su tratamiento estarían rebajados, si se los compara con el padecer físico y su respectivo tratamiento. Por lo mismo, el fenómeno de los psicofármacos puede caer en un “calvinismo farmacológico” (Parens, 2011). Es importante remarcar como dice Laurent, que el “medicamento moderno no se reduce en ningún caso a una sustancia” (Laurent, 2004, p. 46), lo que implica enfocar este fenómeno en los distintos niveles que puede operar como objeto, como objeto *a*, objeto de inscripción fálica, o de acceso al goce femenino sin límites, y cómo desde la teoría de la toxicomanía es importante hoy en día ampliar el concepto del objeto droga, objeto fármaco, hacia uno que posibilite pensar nuevas formas de malestar en la cultura y la oferta de los objetos tecnológicos para “curar” el mal, lo que implica pensar en las formas modernas de la angustia (Laurent, 2007).

Esta investigación, al ser un estudio transdisciplinar, social y psicoanalítico permite tener una mirada más amplia sobre el uso de psicofármacos desde la estructura discursiva de un sujeto. Dentro de las limitaciones de la tesis, se considera como una importante limitante la no inclusión de la variable género, la que sería pertinente que se considerara en futuros estudios, especialmente en el género femenino, en donde más afecta el discurso capitalista y de la medicalización (Silveira et al, 2015). Otra limitación de este estudio tiene que ver con la exclusión de la muestra de varios diagnósticos que aluden a patologías más graves desde un punto de vista psicopatológico, los cuales para un próximo estudio pudieran ampliar mayormente cómo se puede inscribir la subjetividad de un sujeto en un objeto. Sería pertinente la realización de nuevos estudios con un enfoque clínico propiamente tal, que logre ubicar algunos aspectos teóricos que en esta investigación no alcanzaron a ser profundizados por medio de entrevistas semi-estructuradas. Finalmente, este estudio no logra abordar los aspectos del sistema de salud y de prescripción como un actor dentro del uso a largo plazo de psicofármacos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abadi, S. (1984). Adicción: la eterna repetición de un desencuentro. (Acerca de la dependencia humana). *Revista de Psicoanálisis*, 41 (6), 1029-1044.
- Arizaga, M. C. (2007). La medicalización de la vida cotidiana. Los psicotrópicos como “pastillas para el estilo de vida”. *Revista Científica de UCES*, 1(11), 11-34.
- Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(3), 245-255.
- Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health & Illness*, 20(2), 1-16.
- Busto, M. (1991). “BDZ” *La Tranquila Adicción de Santiago*. Santiago: Corporación de Salud y Políticas Sociales.
- Calais, V. (1995). Una solución. Los usos. En E. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, goce y modernidad III. De la monotonía a la diversidad* (pp. 97-102). Buenos Aires: Atuel.
- Calderón, G. & Castaño, G. (2015). Consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes universitarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 152-162.
- Caprara, M. L., Brogger, M. N., Cabrera, D., Esandi, G., Caballero, M. L. & Alet, M. (2012). Benzodiacepinas: perspectivas sociales y responsabilidad médica. *Revista Hospital Niños Buenos Aires* 246 (54), 166-171.
- Carmona, J. (1995). Adicciones: la droga no es la sustancia. *Revista Colombiana de Psico-*

*logía*, 4, pp. 72-76.

Castel, R. & Coppel, A. (2004). Los controles de la toxicomanía. En A. Ehrenberg (Dir.), *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos* (pp. 221-238). Buenos Aires: Nueva Visión.

Chile, Ministerio de Salud. (1994). *Norma general técnica N° 5, sobre prescripción racional de benzodiazepinas*. Santiago: Autor.

Chile, Ministerio de Salud (2013). *Protocolo de uso racional de benzodiazepinas en la red de salud mental del S.S.M. Norte*. Santiago: Servicio de Salud Metropolitano Norte-Ministerio de Salud.

Cloos, J. M. (2010). Benzodiazepines and addiction: Long-term use and withdrawal (Part 2). *Psychiatric Times*, Agosto, 34-36.

Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En D., Ingleby (Ed.), *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental* (pp. 129-154). Barcelona: Editorial Crítica.

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2004). *Curso: Prevención del uso indebido de psicofármacos*. Santiago: Autores.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2010). *Estudio sobre drogas en consultantes de salas de urgencia. Informe Final*. Santiago: Ministerio del Interior y Se-



guridad Publica.

Cooperstock, R. & Lennard, H. (1979). Some social meanings of tranquilizer use. *Sociology of Health and Illness*, 1 (3), 331-347.

Corriea, T. (2017). Revisiting medicalization: a critique of the assumptions of what counts as medical knowledge. *Frontiers in Sociology*, Septiembre, 2.

De la Cerda, C. G. & Rojas, C. (1994). *Soy mujer, soy nerviosa. Motivos de uso, percepción de riesgo, estilo explicatorio y grado de controlabilidad en mujeres consumidoras y no consumidoras de benzodiazepinas (BDZ), que asisten a un consultorio de Atención Primaria de la provincia de Santiago*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*. Paris: Hachette.

Ehrenberg, A. (2000). "La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad". Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.

Ehrenberg, A. (2004). Un mundo de funámbulos. En A. Ehrenberg (Dir.), *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, (pp. 7-28). Buenos Aires: Nueva Visión.

Fatela, J. (2004). Drogas y ambivalencias de la subjetividad. En A. Ehrenberg (Dir.), *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos* (pp. 47-59). Buenos Aires: Nueva Visión.

Fleischer, D. (1993). Algunas preguntas sobre la toxicomanía. En E, Sinatra, D, Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, Goce y modernidad. Fundamentos de la clínica* (pp. 79-

84). Buenos Aires: Atuel.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S. L.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Editorial Altamira.

Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad Vol.1. La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Freud, S. (1897). *Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 79*. En Obras Completas. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu Editores [2013].

Freud, S. (1898). *La sexualidad en la etiología de las neurosis*. En Obras Completas. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu Editores [2013].

Freud, S. (1908). *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*. En Obras Completas. Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu Editores [2014].

Freud, S. (1912). *Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa (Contribuciones a la psicología del amor, II)*. En Obras Completas. Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu Editores [2013].

Freud, S. (1917 [1915]). *Duelo y melancolía*. En Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores [2013].

Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. En Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores [2013].

Freud, S. (1926 [1925]). *Inhibición, síntoma y angustia*. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu. [2013].

- Freud, S. (1928 [1927]). *Dostoievski y el parricidio*. En Obras Completas. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores [2014].
- Freud, S. (1930 [1929]). *El malestar en la cultura*. En Obras Completas. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores [2014].
- Gabe, J. & Thorogood, N. (1986). Prescribed drug use and the management of everyday life: the experiences of black and white working-class women. *The Sociological Review*, 34, 737-772.
- Galleguillos, T., Risco, L., Garay, J., González, M. & Voguel, M. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista Médica Chile*, 131(5), 535-540.
- Gómez, G. E. (2007). Tratamientos de la depresión. Clínica del medicamento y/o clínica por la palabra. *Desde el Jardín de Freud*, 7, 75-94.
- Gordo, A. J. & Serrano, A. (2008). *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Haafkens, J. (1997). *Rituals of silence. Long-term tranquilizer use by women in the Netherlands. A social case study*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Helman, C.G. (1981). Tonic, fuel and food: Social and Symbolic aspects of the long-term use of psychotropic drugs. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 15(B), 521-533.
- Jenkins, J. (2011). Introduction. En: Janis Jenkins (Ed.), *The global shaping of experience in an age of psychopharmacology* (pp. 3-16). Santa Fe, NM: School for Advanced Research Press.

- Koumjian, K. (1981). The use of Valium as a form of social control. *Social Science & Medicine. Part E: Medical Psychology*, 15(3), 245-249.
- Lacan, J. (1967, noviembre). *Petit discours aux psychiatres*. Conferencia presentada en Cercle Psychiatrique H. Ey, en Sainte-Anne, el 10 de noviembre de 1967, inédita.
- Lacan, J. (1975). Discurso en las Jornadas de los Carteles en la Escuela Freudiana de Paris (12 y 13 de abril de 1975). *En Lettres de l'Ecole Freudienne de Paris, N° 18*, 1976.
- Lacan, J. (1985). Psicoanálisis y medicina. En D. Rabinovich (Trad.), *Intervenciones y Textos* (pp. 86-99). Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Lacan, J. (1991). *El Seminario 20. Aún*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2015). *El seminario de Jacques Lacan: libro 10: la angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2016). *El Seminario 19... O peor*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2017). *El Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, D. (2018). El fármaco desde la lógica de la técnica. En C. Bardón & M. Puig (Comp.), *Suicidio, medicamentos y orden público*, (pp. 54-63). Gredos: Barcelona.
- Laurent, E. (1994). Tres observaciones sobre la toxicomanía. En E. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, goce y modernidad II. Los fundamentos de la clínica* (pp. 15-21). Buenos Aires: Atuel.
- Laurent, E. (2004). *Ciudades psicoanalíticas*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Laurent, E. (2007, noviembre). *Big felicidad*. Conferencia presentada en la Presentación del

libro: La Angustia Lacaniana, de Jacques-Alain Miller, Buenos Aires, Argentina. Extraído el 16 de febrero de 2020 desde

<http://jingshenfengxi.blogspot.com/2009/11/big-felicidad-conferencia-de-eric.html>

Laurent, E. (2008). El objeto a como pivote de la experiencia analítica. En D. Galante, M. Levato, F. Naparstek & L. D. Salomone (Comp.), *Lo inclasificable de las toxicomanías: respuestas del psicoanálisis* (pp. 13-26). Buenos Aires: Gramma.

Le Gaufey, G. (2011). El objeto a de Lacan. México D. F.: Editorial psicoanalítica de la Letra, A.C.

Leibing, A. & Collin, J. (2013). The multiple anxieties of getting older: Tranquilizers and the ambivalence of effect. *Medical anthropology*, 32(5), 399-416.

Le Moigne, P. (2000). Anxiolytiques, hypnotiques. Les données sociales du recours. *Revue Suisse de Sociologie*, 26, 71-109.

Le Moigne, P. (2008). La dépendance aux médicaments psychotropes. De la psychopharmacologie aux usages". *Drogues, Santé et Société*, 1 (7), 57-88.

Le Moigne, P. (2009). Entre maladie et mal-être: la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale. *Sociologie Santé*, 30, 243-265.

Le Pen, C. (2004). ¿Una política para los tranquilizantes? En A. Ehrenberg (Dir.), *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos* (pp. 253-261). Buenos Aires: Nueva Visión.

Levato, M. & Salomone, L. D. (2008). La eficacia del psicoanálisis en sujetos que recurren al consumo de sustancias tóxicas. En D. Galante, M. Levato, F. Naparstek & L. D. Salomone (Comp.), *Lo inclasificable de las toxicomanías: respuestas del psicoanálisis*

- sis, (pp. 37-42). Buenos Aires: Gramma.
- Le Poulichet, S. (2012). Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo. Buenos Aires: Amorrortu.
- López, A., Aroche, A., Bestard, J. & Ocaña, N. (2010). Uso y abuso de las benzodiazepinas. *Medisan*, 14 (4), 555-566.
- Lorca, M. E. & Calderón, C. (2010). Un abordaje a la toxicomanía desde el psicoanálisis. *Ajayu*, 8 (1), 151-171.
- Luongo, L. (1995). Modalidad de consume particularidad del goce. En E. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, goce y modernidad III. De la monotonía a la diversidad* (pp. 47-52). Buenos Aires: Atuel.
- Manzetti, R E., Bertuzzi, E., Bolgiani, M., Caretto S., La Grecca, A., Lodari G & et al. (1995) ¿Cómo disolver la monotonía del objeto droga? En E. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, goce y modernidad III. De la monotonía a la diversidad* (pp. 85-95). Buenos Aires: Atuel.
- Martinic, S. (1992). *Análisis estructural: presentación de un método para el estudio de lógicas culturales*. (Investigación para la acción: estrategias de capacitación). Santiago, Chile: Universidad Alberto Hurtado, Centro de Investigación y desarrollo de la educación CIDE.
- Miller, J. A. (1993). Para una investigación sobre el goce auto-erótico. En E, Sinatra, D, Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, Goce y modernidad. Fundamentos de la clínica* (pp. 13-21). Buenos Aires: Atuel.
- Miller, J. A. (2011). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires: Paidós.

- Miller, J. A. (2013). *La angustia lacaniana*. Buenos Aires: Paidós.
- Moloney, M., Konrad, T. & Zimmer, C. (2011). *The medicalization of sleeplessness: a public health concern*. *American Journal of Public Health*, 101 (8), 1429-1433.
- Murguía, A., Ordorika, T. & Lendo, L. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23 (3), 635-651.
- Naparstek, F. (2008). *Introducción a la clínica con toxicomanía y alcoholismo*. Buenos Aires: Gramma.
- Natella, G. (2010). La creciente medicalización contemporánea: prácticas en que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En A. Cannellotto & E. Luchtenberg (Coords.), *Medicalización y Sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión* (pp. 17-52). Buenos Aires: Universidad General de San Martín.
- North, D., Davis, P. & Powell, A. (1995). Patient responses to benzodiazepine medication: a typology of adaptive repertoires developed by long-term user. *Sociology of Health & Illness*, 5 (17), 632-650.
- Observatorio Argentino de Drogas (2007). *El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso. Informe final*. Buenos Aires: Diego Álvarez (Coord.).
- Olivera, M. (2009). Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47 (2), 132-137.
- Panini, A., Garraza, M. H., Teves, M. R., Giraudó, E. & Claderón, C. P. (2015). Use of psychotropic drugs: between medicalization and rationality. *Psychiatry and Neuro-*

*science Update*, 207-215.

Parens, E. (2011). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, 27 (1), 28-35.

Pellegrino, E. D. (1976). Prescribing and drug ingestion symbols and substances. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 10, 624-630.

Pignard, R. (2013). *La consommation d'anxiolytiques comme indicateur du bien-être dans les pays de l'organisation de coopération et de développement économiques*. Memoria para optar al título de IEP de Toulouse, Francia.

Piret, A., Nizet, J. & Bourgeois, E. (1996). *Análisis estructural de contenido*. Bélgica: Boeck Université.

Rabinovich, D. (1998). El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica. Sus incidencias en la dirección de la cura. Buenos Aires: Ediciones Manantial.

Racciatti, A. (2012). El medicamento como objeto libidinal y la subjetividad de la época. *Errancia... la palabra inconclusa*, 4.

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Editorial Universitaria.

Roudinesco, E. (2013). *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós.

Salomone, L. D. (2008). ¿Todos consumidores? En D. Galante, M. Levato, F. Naparstek & L. D. Salomone (Comp.), *Lo inclasificable de las toxicomanías: respuestas del psicoanálisis* (pp. 29-36). Buenos Aires: Gramma.

Salomone, L. D. (2015). *El silencio de las drogas*. Buenos Aires: Gramma.

Santiago, J. (1993). Droga, ciencia y goce: Sobre la toxicomanía en el campo freudiano. En



- E, Sinatra, D, Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, Goce y modernidad. Fundamentos de la clínica* (pp. 137-143). Buenos Aires: Atuel.
- Santiago, J. (1995). El artificio de la droga... o la metonimia de la muerte. En E. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, goce y modernidad III. De la monotonía a la diversidad* (pp. 69-78). Buenos Aires: Atuel.
- Seijas, D. (2005). Emergencias en adicciones y abuso de psicofármacos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 16, 220-229.
- Silveira, L. C., Martins, I. C., & Rodrigues, Z. (2015). Women's benzodiazepine abuse: a psychoanalytic approach. *Women's Mental Health*, 129-143. Springer, Cham.
- Sinatra, E. (1993). Variantes del argumento ontológico en la modernidad. En E, Sinatra, D, Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, Goce y modernidad. Fundamentos de la clínica* (pp. 23-36). Buenos Aires: Atuel.
- Sinatra, E. (1995). La existencia del goce y la del toxicómano. En E. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, goce y modernidad III. De la monotonía a la diversidad* (pp. 109-119). Buenos Aires: Atuel.
- Sinatra, E. (2000). *La toxicomanía generalizada y el empuje al olvido*. Extraído el 4 de Febrero 2010 desde [https://www.antroposmoderno.com/antroposmoderno/articulo.php?id\\_articulo=293](https://www.antroposmoderno.com/antroposmoderno/articulo.php?id_articulo=293)
- Solal, J. F. (2004). Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia confortable. En A. Ehrenberg, (Dir.), *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, (pp. 191-202). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Tarrab, M. (1993). ...Mírenlos cómo gozan!! En E, Sinatra, D, Sillitti & M. Tarrab

- (Comp.), *Sujeto, Goce y modernidad. Fundamentos de la clínica* (pp. 37-50). Buenos Aires: Atuel.
- Tarrab, M. (1995). La segregación del Otro. En E. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, goce y modernidad III. De la monotonía a la diversidad* (pp. 43-46). Buenos Aires: Atuel.
- Tone, A. (2009). *The age of anxiety: a history of America's turbulent affair with tranquilizers*. New York, NY: Basic Books.
- Toyos, N. M. (2011). Marcar el paso. Ensayo psicoanalítico sobre la relación toxicomanía-ley. En Letra Viva (Ed.), *3er Congreso Internacional de Investigación en Psicoanálisis, Derecho y Ciencias Sociales: "Acto, Responsabilidad, Subjetividades"*, pp. 793-800. Buenos Aires: Letra Viva. Extraído el 4 de febrero de 2020 desde <https://es.scribd.com/document/393226253/Libro-Congreso-pdf>
- Unterberger, M. (1995). Estatuto del "Yo soy" en la toxicomanía y el alcoholismo. En E. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Comp.), *Sujeto, goce y modernidad III. De la monotonía a la diversidad* (pp. 61-68). Buenos Aires: Atuel.
- Vicente, V. (2018). Fármacos y economía subjetiva en la infancia. En C. Bardón & M. Puig (Comp.), *Suicidio, medicamentos y orden público*, (pp. 87-91). Gredos: Barcelona.
- Vigo, D. (2008). Lo que la sustancia nos enseña acerca de lo real. En D. Galante, M. Levato, F. Naparstek & L. D. Salomone (Comp.), *Lo inclasificable de las toxicomanías: respuestas del psicoanálisis*, (pp. 91-99). Buenos Aires: Gramma.
- Whyte, S., Van der Geest, S. & Hardon, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.

Yates, T. & Catril, P. (2009). Tendencias en la utilización de benzodiazepinas en farmacia privada. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 47 (1), 9-15.

## **ANEXOS**



**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

Q.F.VRS/cml

**MEMORANDUM N°: 014/2019**

**MAT.: Resultado de evaluación de Proyecto código 03.**

**Santiago, 22 de enero de 2019**

**Ps. NATALIA BORIC CARRASCO**  
**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**PROYECTO: "Consideraciones psicoanalíticas sobre el consumo prolongado de benzodiazepinas en pacientes atendidos en el contexto de Atención Primaria y Secundaria de Salud Pública en una comuna de la Provincia de Santiago"**  
**UNIVERSIDAD DE CHILE – COMUNA SAN JOAQUÍN**  
**PRESENTE**

Informamos a Ud. que el Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), tomó conocimiento y evaluó los siguientes antecedentes del Proyecto: "Consideraciones psicoanalíticas sobre el consumo prolongado de benzodiazepinas en pacientes atendidos en el contexto de Atención Primaria y Secundaria de Salud Pública en una comuna de la Provincia de Santiago", remitidos mediante carta fechada 09/01/2019, recepcionada el 11/01/2019:

- I. **Antecedentes revisados y evaluados por el CEC SSMS, en sesión del 22/01/2019:** (se adjunta asistencia)
  1. Carta, fechada 09/01/2019, dirigida a Pdta. CEC SSMS, firmada por Investigadora Principal, Natalia Boric Carrasco.
  2. Solicitud de liberación de arancel, fechada 09/01/2019, dirigida a Directora SSMS, Dra. Carmen Aravena C.
  3. Carta, fechada 09/01/2019, firmada por Natalia Boric C., declarando que no está participando en ningún otro proyecto.
  4. Certificado de Autorización, fechado 09/01/2019, firmado por la Directora CESFAM Santa Teresa de Los Andes, Dirección de Salud San Joaquín, Patricia Bustos Costa.
  5. Certificado de Autorización, fechada 09/01/2019, firmado por Coordinadora CESAM San Joaquín, Dirección de Salud San Joaquín, Valerie Villagrán Palma.
  6. Certificado de Buenas Prácticas, firmado por la Investigadora Principal.
  7. Formulario Carta de Compromiso Investigador, fechado 09/01/2019, firmado por la Investigadora Principal.
  8. Certificado de Autorización, fechado 09/01/2019, firmado por el Director de Salud, Dirección de Salud San Joaquín, Juan Ilabaca.
  9. Proyecto de Tesis "Consideraciones psicoanalíticas sobre el consumo prolongado de benzodiazepinas en pacientes atendidos en el contexto de Atención Primaria y Secundaria de Salud Pública en una comuna de la Provincia de Santiago" (02 copias)
  10. **Consentimiento Informado.** (04 copias)
  11. Carta, fechada 09/01/2019, firmada por la Investigadora Principal, declarando que el proyecto no requiere contar con seguro para los participantes.
  12. Curriculum Vitae de Natalia Boric Carrasco.
  13. Carta, fechada 09/01/2019, firmada por la Investigadora Principal, declarando que el proyecto no requiere acreditar aporte económico en dinero u otros bienes en CESFAM Santa Teresa de Los Andes.
  14. Carta, fechada 09/01/2019, firmada por la Investigadora Principal, declarando que el proyecto no requiere acreditar aporte económico en dinero u otros bienes en CESAM San Joaquín.
  15. Carta, fechada 09/01/2019, firmada por la Investigadora Principal, declarando que el proyecto no requiere notificar al CEC SSMS de posibles efectos adversos durante su realización en el CESFAM Santa Teresa de Los Andes.

16. Carta, fechada 09/01/2019, firmada por la Investigadora Principal, declarando que el proyecto no requiere notificar al CEC SSMS de posibles efectos adversos durante su realización en el CESAM San Joaquín.
  17. Carta, fechada 09/01/2019, firmada por la Investigadora Principal, declarando no presentar conflictos de interés en el contexto de la realización de esta investigación.
  18. **Material de apoyo a la investigación.** Ejemplos de tipo de preguntas que incluirá la entrevista semi-estructurada.
- II. Se solicitó al Investigador corregir observaciones al estudio.
- III. Se recepciona conforme estudio corregido, de acuerdo a lo solicitado por el CEC.
- IV. Por lo anterior, el Comité Ético Científico (CEC) del SSMS determina, con fecha **22/01/2019** que **el Estudio no presenta reparos Éticos y lo aprueban para los centros CESFAM Santa Teresa de Los Andes y CESAM San Joaquín.** Se remiten **firmados, timbrados y fechados:**
- Consentimiento Informado.
  - Material de apoyo a la investigación. Ejemplos de tipo de preguntas que incluirá la entrevista semi-estructurada.
- V. Además, se adjuntan los siguientes documentos:
- Asistencia de la Reunión del Comité Ético Científico del S.S.M.S.
  - Declaración de Cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas, Versión 4.0, actualizada el 11/12/18, en Sesión del C.E.C. del S.S.M. Sur.

Solicitamos a Ud. comunicar a este Comité:

1. El inicio de la ejecución del estudio.
2. Estado de avance y los eventos observados asociados y no asociados con el estudio.
3. Rechazo de participación de los sujetos.
4. Número de sujetos enrolados.
5. Cualquier antecedente importante que se observe durante la ejecución de la investigación.
6. Finalizado el estudio, remitir informe final.

Saludan atentamente,



DR. HECTOR JORQUERA VERGARA  
SECRETARIO  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
S.S.M.S.

C./c.:

- **Director Atención Primaria**
- **Director de Salud, Dirección de Salud San Joaquín:** Juan Ilabaca.
- **Directora CESFAM Santa Teresa de Los Andes:** Patricia Bustos Costa.
- **Coordinadora CESAM San Joaquín:** Valerie Villagrán Palma.
- Archivo Memos CEC SSMS
- Archivo Protocolo.

**Comité Ético Científico S.S.M.S. re-acreditado según Resolución Exenta N° 052170 del 20/09/2017 del SEREMI de Salud.**

Av. Santa Rosa N° 3453 - San Miguel - Santiago - Tel.: 225763637  
Celular institucional Presidenta de CEC: 58582831 - correo: veronica.rivera@redsalud.gov.cl



**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**  
Q.F.VRS/cml

**SESION AMPLIADA N° 03 DEL  
COMITÉ ETICO CIENTIFICO  
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR**

**FECHA:** 22/01/2019

**LUGAR:** Sala N° 1 Capacitación DSSMS

(Según Resolución Exenta N° 1974 del 14-10-15)

**ASISTENCIA INTEGRANTES DE LA DIRECTIVA C.E.C.**

NOMBRE	FIRMA	CONFLICTO DE INTERES EN PROTOCOLO N°
1. Q.F. C. Verónica Rivera Sciaraffia <b>Presidenta</b>		
2. Dra. Eliana Cortéz Quezada <b>Vice-Presidenta</b>		Angie do de 04 uena
3. Dr. Héctor Jorquera Vergara <b>Secretario</b>		
4. Nut. María Galleguillos Guerra <b>Vice-Presidenta (S)</b>		
5. T.S. Mireya Muñoz Acevedo <b>Secretaria (S)</b>		

**ASISTENCIA INTEGRANTES C.E.C.**

NOMBRE	FIRMA	CONFLICTO DE INTERES EN PROTOCOLO N°
1. Proc. Wilto Ahumada Arias		
2. Sra. Verónica Arancibia Lucero		
3. Dr. Rogelio Aravena Bermúdez		
4. Q.F. María Angélica Lagos Valdivia		
5. Sr. Jaime Valenzuela Méndez		
6. Dra. Pilar Zárraga Olavarría		



**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

Q.F.VRS

Santiago, 11/12/18

**DECLARACION DE CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS  
PRACTICAS CLINICAS**

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur está organizado, actúa y emite sus dictámenes en pleno acuerdo con la Declaración de Helsinki (1964 y sus modificaciones de 1975, 1983, 1996 y 2000), con las Normas de la "Buena Práctica Clínica" (GCP) establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO) 1996, la ICH Harmonized Tripartite Guidelines for Good Clinical Practice (1996), y por las Regulaciones Nacionales:

- Ley 19.628 del 13/06/2002 (fecha última modificación) "Protección de Datos de Carácter Personal".
- Ley N° 20.120 publicada en Diario Oficial el 22/09/2006: "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana", Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.
- Circular N° A15/01 del 15/01/2009, Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile; "Imparte Instrucciones sobre Respeto de la Confidencialidad de la Atención de Salud".
- Constitución Política del Estado de Chile.
- Código Sanitario, República de Chile.
- Decreto N° 30, modifica el Decreto 114 de 2010, del MINSAL, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 20.120 año 2012 sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana.
- Ley N° 20.584, Año 2012, sobre derechos y deberes de las personas en acciones vinculadas a su atención en salud y su Reglamento.
- Circular N° A15/40 del 10/09/13, MINSAL, Uso de Ficha Clínica.
- Resolución Exenta N° 403-2015 – ISP aprueba Guía para la Autorización y Control del Uso de Productos Farmacéuticos en Investigación Científica.
- Resolución Exenta N° 2263/2015 Modifica Resolución Exenta N° 403 de 5 de febrero de 2015, que aprueba la "Guía para la Autorización y Control del Uso de Productos Farmacéuticos en Investigación Científica"
- Ley N° 20.850 del 06/06/2015 y sus Reglamentos crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos.

SERVICIO DE SALUD  
METROPOLITANO SUR  
**PRESIDENTA**  
D<sup>ña</sup>. ERONICA RIVERA SCIARAFFIA  
PRESIDENTA  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
S.S.M.S.  
COMITE ETICO CIENTIFICO

DR. HECTOR JORQUERA VERGARA  
SECRETARIO  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
S.S.M.S.



**Material de apoyo a la investigación.**

El proyecto “Consideraciones psicoanalíticas sobre el consumo prolongado de benzodiazepinas en pacientes atendidos en el contexto de Atención Primaria y Secundaria de Salud Pública en una comuna de la provincia de Santiago” llevará a cabo la recolección de datos mediante una entrevista individual semi-estructurada a cada participante que voluntariamente desee participar de la entrevista y que cumplan con los criterios muestrales.

A continuación, se presenta un cuadro con los ejes temáticos alrededor de los cuales tomarán las entrevistas y ejemplos de preguntas que se desprenden de cada eje.

<b>Ejes temáticos</b>	<b>Ejemplos de tipo de preguntas que incluirá la entrevista semi-estructurada</b>
Historia de consumo de benzodiazepinas	¿Cómo inicia Ud. el consumo de benzodiazepinas? ¿Cómo se encontraba Ud., a nivel psicológico o mental, antes de iniciar el consumo de benzodiazepinas? Actualmente, ¿con qué fin o con cuál sentido Ud. utiliza el fármaco?
Tipos de uso del fármaco	¿Cuándo Ud. consumo o siente que necesita utilizar el medicamento? ¿Qué situaciones facilitan que Ud. consuma benzodiazepinas? ¿Cómo ha utilizado el fármaco Ud. desde que inició el consumo?
Efectos del consumo	¿Cómo siente Ud. el efecto del fármaco? ¿Por qué cree que sólo este fármaco le produce esos efectos? ¿Cómo imagina que sería su vida sin utilizar benzodiazepinas?
Inscripciones simbólicas relacionales	¿Cómo se siente Ud. cuando ve que se está quedando sin benzodiazepinas? ¿Cómo es la relación que mantiene con su médico que le prescribe benzodiazepinas? ¿Cómo describiría la relación que tiene Ud. con las benzodiazepinas? ¿Le genera conflictos a nivel individual o con los demás? ¿Siente que es problemático en algún sentido? ¿Siente que es algo que la ayuda biológicamente?
<b>Total entrevistas semi-estructuradas aplicadas a usuarios CESFAM</b>	<b>4</b>
<b>Total entrevistas semi-estructuradas aplicadas a usuarios CESAM</b>	<b>4</b>
<b>Total entrevistas semi-estructuradas</b>	<b>8</b>

22 FEB 2019  
 PRESIDENTE  
 COMITÉ ETICO CIENTIFICO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título de la investigación:** "Consideraciones psicoanalíticas sobre el consumo prolongado de benzodiazepinas en pacientes atendidos en el contexto de Atención Primaria y Secundaria de Salud Pública en una comuna de la Provincia de Santiago".

**Investigadora responsable:** Natalia Boric Carrasco, Psicóloga.

Entrego mi consentimiento para la realización de una entrevista abierta, cuyos datos serán utilizados en la elaboración de la tesis: "Consideraciones psicoanalíticas sobre el consumo prolongado de benzodiazepinas en pacientes atendidos en el contexto de Atención Primaria y Secundaria de Salud Pública en una comuna de la Provincia de Santiago". El proyecto de investigación permitirá la elaboración de una tesis para el programa de Magister Psicología Clínica Adultos de la Universidad de Chile. Entrego mi autorización para que esta entrevista sea citada en la tesis previamente mencionada. La tesis busca indagar los significados que otorgan los pacientes al uso prolongado de benzodiazepinas y las implicancias del uso continuado de estos fármacos en su vida cotidiana. Si Ud. acepta participar en el estudio, deberá responder a las preguntas que le hará la entrevistadora referidas al uso del medicamento y a su vida cotidiana. La entrevista tendrá una duración de aproximadamente una hora y media, y será grabada en audio.

Antes de aceptar participar, le pedimos que lea atentamente los siguientes apartados generales:

- Su participación en este estudio es voluntaria: no podrá obtener beneficios materiales o financieros derivados de éste.
- Podrá pasar por alto las preguntas que no quiera responder o retirarse en el momento que desee sin ser sancionado por ello y sin tener que entregar ninguna explicación.
- Los datos son confidenciales. Toda la información proporcionada será utilizada para propósitos exclusivamente académicos y conocida sólo por la investigadora y su profesor guía de tesis. Las sesiones serán grabadas por medio de audio y luego transcritas para el procesamiento y análisis de la información. La investigadora responsable, Srta. Natalia Boric, se compromete al resguardo de los datos.
- Los audios y las transcripciones de entrevistas serán guardados digitalmente en una memoria USB y luego de la escritura de la tesis, la memoria USB permanecerá en la Dirección del CESFAM Santa Teresa cuyo acceso es restringido solo a personas autorizadas por la dirección del CESFAM. La memoria USB será almacenada en Dirección por un año y posteriormente los archivos serán eliminados.
- Su identidad no será revelada y las publicaciones que deriven del estudio se harán de forma que no sea posible identificar la fuente de información.
- La entrevistadora está dispuesta a responder a sus preguntas concernientes a este estudio, incluyendo el desarrollo de las entrevistas, el objetivo del estudio o los resultados de éste, siempre y cuando esto no entre en conflicto con el compromiso de confidencialidad con respecto a los datos de otros interlocutores.
- Podrá solicitar tener acceso al estudio una vez que éste haya sido publicado. Para esto basta con contactar a la investigadora responsable, Srta. Natalia Boric, sin necesitar dar ninguna justificación, al correo: [nataliaboric@gmail.com](mailto:nataliaboric@gmail.com) o teléfono fijo: 56-2-2714195 o celular: 9-56097319.



- Si Ud. Tiene cualquier pregunta acerca del proceso de obtención del Consentimiento Informado o sus derechos como sujeto de estudio, entonces Ud. puede contactar en cualquier momento, a la presidenta del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur: Q.F. Sra. Verónica Rivera Sciaraffia, dirección: Avenida Santa Rosa N° 3453, comuna San Miguel, Santiago, Chile, Teléfono: 56-2-2576-3850, Celular Institucional: 56-9-58582831, correo electrónico: [veronica.rivera@resaludgov.cl](mailto:veronica.rivera@resaludgov.cl)

### EXPRESIÓN DEL CONSENSO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

He sido invitado/a por la Srta. Natalia Boric a participar en el estudio sobre los significados asociados al uso prolongado de benzodicepinas. Esta página me fue leída por la investigadora, Srta. Natalia Boric, he entendido su contenido y estoy dispuesto/a a participar en el estudio: "Consideraciones psicoanalíticas sobre el consumo prolongado de benzodicepinas en pacientes atendidos en el contexto de Atención Primaria y Secundaria de Salud Pública en una comuna de la Provincia de Santiago".

Con mi firma acepto participar voluntariamente en este estudio. Una copia de este consentimiento me será entregada.

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Patricia Bustos Costa**  
Directora CESFAM Santa Teresa

\_\_\_\_\_  
**Natalia Boric Carrasco**  
Investigadora



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título de la investigación:** "Consideraciones psicoanalíticas sobre el consumo prolongado de benzodicepinas en pacientes atendidos en el contexto de Atención Primaria y Secundaria de Salud Pública en una comuna de la Provincia de Santiago".

**Investigadora responsable:** Natalia Boric Carrasco, Psicóloga.

Entrego mi consentimiento para la realización de una entrevista abierta, cuyos datos serán utilizados en la elaboración de la tesis: "Consideraciones psicoanalíticas sobre el consumo prolongado de benzodicepinas en pacientes atendidos en el contexto de Atención Primaria y Secundaria de Salud Pública en una comuna de la Provincia de Santiago". El proyecto de investigación permitirá la elaboración de una tesis para el programa de Magíster Psicología Clínica Adultos de la Universidad de Chile. Entrego mi autorización para que esta entrevista sea citada en la tesis previamente mencionada. La tesis busca indagar los significados que otorgan los pacientes al uso prolongado de benzodicepinas y las implicancias del uso continuado de estos fármacos en su vida cotidiana. Si Ud. acepta participar en el estudio, deberá responder a las preguntas que le hará la entrevistadora referidas al uso del medicamento y a su vida cotidiana. La entrevista tendrá una duración de aproximadamente una hora y media, y será grabada en audio.

Antes de aceptar participar, le pedimos que lea atentamente los siguientes apartados generales:

- Su participación en este estudio es voluntaria: no podrá obtener beneficios materiales o financieros derivados de éste.
- Podrá pasar por alto las preguntas que no quiera responder o retirarse en el momento que desee sin ser sancionado por ello y sin tener que entregar ninguna explicación.
- Los datos son confidenciales. Toda la información proporcionada será utilizada para propósitos exclusivamente académicos y conocida sólo por la investigadora y su profesor guía de tesis. Las sesiones serán grabadas por medio de audio y luego transcritas para el procesamiento y análisis de la información. La investigadora responsable, Srta. Natalia Boric, se compromete al resguardo de los datos.
- Los audios y las transcripciones de entrevistas serán guardados digitalmente en una memoria USB y luego de la escritura de la tesis, la memoria USB permanecerá en la Dirección del CESFAM Santa Teresa cuyo acceso es restringido solo a personas autorizadas por la dirección del CESFAM. La memoria USB será almacenada en Dirección por un año y posteriormente los archivos serán eliminados.
- Su identidad no será revelada y las publicaciones que deriven del estudio se harán de forma que no sea posible identificar la fuente de información.
- La entrevistadora está dispuesta a responder a sus preguntas concernientes a este estudio, incluyendo el desarrollo de las entrevistas, el objetivo del estudio o los resultados de éste, siempre y cuando esto no entre en conflicto con el compromiso de confidencialidad con respecto a los datos de otros interlocutores.
- Podrá solicitar tener acceso al estudio una vez que éste haya sido publicado. Para esto basta con contactar a la investigadora responsable, Srta. Natalia Boric, sin necesitar dar ninguna justificación, al correo: [nataliaboric@gmail.com](mailto:nataliaboric@gmail.com) o teléfono fijo: 56-2-2714195 o celular: 9-56097319.



Si Ud. Tiene cualquier pregunta acerca del proceso de obtención del Consentimiento Informado o sus derechos como sujeto de estudio, entonces Ud. puede contactar en cualquier momento, a la presidenta del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur: Q.F. Sra. Verónica Rivera Sciaraffia, dirección: Avenida Santa Rosa N° 3453, comuna San Miguel, Santiago, Chile, Teléfono: 56-2-2576-3850, Celular Institucional: 56-9-58582831, correo electrónico: [veronica.rivera@resaludgov.cl](mailto:veronica.rivera@resaludgov.cl)

**EXPRESIÓN DEL CONSENSO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO**

He sido invitado/a por la Srta. Natalia Boric a participar en el estudio sobre los significados asociados al uso prolongado de benzodiazepinas. Esta página me fue leída por la investigadora, Srta. Natalia Boric, he entendido su contenido y estoy dispuesto/a a participar en el estudio: "Consideraciones psicoanalíticas sobre el consumo prolongado de benzodiazepinas en pacientes atendidos en el contexto de Atención Primaria y Secundaria de Salud Pública en una comuna de la Provincia de Santiago".

Con mi firma acepto participar voluntariamente en este estudio. Una copia de este consentimiento me será entregada.

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de participante: \_\_\_\_\_

**Valerie Villagrán Palma**  
Coordinadora CESAM San Joaquín

**Natalia Boric Carrasco**  
Investigadora



