

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ADICCIÓN Y SUEÑO: LA NEGACIÓN DE LA REALIDAD A TRAVÉS DE LA FANTASÍA

TESIS PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA FRIDA DONAJÍ GARDUÑO ACEVEDO

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. JUAN CARLOS MUÑOZ BOJALIL

MÉXICO D.F. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Gabriel

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera agradecer a las instituciones y académicos que participaron de una u otra forma para que lograra llegar a este punto de mi carrera.

De manera muy especial agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, pues me abrió sus puertas desde que tenía 15 años. Durante todos estos años no sólo me ha brindado conocimientos y educación, sino también a mis mejores amigos y, sobre todo, me ayudo a crear un pensamiento liberal, objetivo y crítico. Debo decir: me abrió los ojos ante el mundo.

A la Facultad de Psicología, a quien adoro y me siento muy orgullosa de formar parte de ella, primero como estudiante y ahora como egresada. Apenas entré, descubrí mi vocación y mi verdadera pasión en la vida: la psicología y el psicoanálisis. Gracias por darme todas las herramientas para aprender y ser una excelente profesionista, desde los buenos profesores y materias tan interesantes, hasta la mejor biblioteca que existe en Latinoamérica; y todo de manera gratuita.

Asimismo, agradezco a mi actual trabajo en la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Distrito Federal, incluyendo a mis superiores, por haberme dado las facilidades para continuar mi proceso de licenciatura y así finalizar mi carrera.

Por otra parte, quiero darle las gracias a mi director de tesis, el Maestro Juan Carlos Muñoz Bojalil, por haberme apoyado desde el inicio, por haber dicho sí y embarcarse conmigo en este proyecto con una sonrisa, por haberme dedicado tiempo y espacio siempre, por tomar en serio mi trabajo. Gracias por la paciencia y cada palabra de aliento para seguir adelante, a pesar de que fue un proceso muy lento. Gracias por compartirme sus conocimientos y por orientarme tanto, gracias por dejarme ver que todavía existe el “buen psicoanálisis” y que hay esperanza de que no muera, lo admiro mucho como psicoanalista. Nunca voy a olvidar la frase que le escuché decir en una clase y que hasta el día de hoy tengo guardada en la cabeza, parafraseando: “En una tesis siempre va haber falta, es como la vida, así que no traten de hacerla perfecta porque nunca van a terminar”.

A los profesores que participaron de manera muy importante en este proceso: a mi revisora, la Doctora Patricia Corres Ayala; mis sinodales, la Doctora Martha Lilia Mancilla Villa, la Lic. Dalila Yussif Roffe y al Doctor Josafat Cuevas Salazar, por su tiempo, por su dedicación al leer mi trabajo, por todos sus consejos y también por sus críticas, muchas gracias.

En segundo lugar deseo agradecer a todas las personas que son significativas en mi vida, porque sin cada uno de ellos, hubiera sido imposible alcanzar esta meta.

Mamá:

No tienes idea de cuánto te quiero, gracias a tu apoyo hoy he llegado a donde estoy, gracias a ti y a todos tus esfuerzos tengo una licenciatura, es la mejor herencia que me dejarás. A pesar de los tropiezos siempre estuviste y aún hoy, siendo una mujer adulta, estás conmigo. Mi ética profesional y el llegar hasta aquí lo debo también a tu ejemplo de mujer exitosa y responsable. Cómo no titularme, cómo no acabar la licenciatura, si el único ejemplo que he visto desde niña ha sido de tenacidad y de superación. Nunca me preocupé por otra cosa que no fueran los estudios, tú me diste todo lo demás. Eres mi mamá y mi papá al mismo tiempo, por eso valoro aún más los sacrificios que has hecho para sacar adelante a mí y a mis hermanos. Gracias por darme alas para volar tan alto, porque siempre me enseñaste a ver muy arriba, a que mis ambiciones en la vida fueran grandes, por eso hoy es el comienzo solamente. Creo que ahora viene al caso esta frase: “mami te quiero tanto que no me cabe en el corazón”, ¿te acuerdas?

Gaby:

Nena te conozco desde hace 14 años y desde el primer día supe que serías mi mejor amiga y que te elegiría como mi hermana. Tú sabes perfectamente todo lo que tengo que agradecerte y todo lo que te quiero, de no ser por tu apoyo en la facultad, en los momentos más difíciles, yo no hubiera acabado la carrera. Siempre estuvimos juntas, desde el CCH y hasta la facultad, tengo tantos recuerdos lindos de cada día de escuela y aunque ahora no estemos todos los días juntas, sé que nuestra amistad seguirá intacta hasta el final, por eso no podía dejar de agradecerte todo lo que has hecho por mí. Por confiar en mí, por aguantarme tanto, por luchar por nuestra amistad aún a pesar de mí, por escucharme siempre, pero sobre todo por abrazarme cada día que lo necesite, gracias. Recuerdo que cuando comenzábamos la universidad, un día me dijiste que la vida era como una carrera de obstáculos y que yo apenas iba comenzándola, que faltaban muchos obstáculos, pero que tú siempre ibas a estar junto a mí tomándome de la mano para llegar a cada una de mis metas. Hoy llevó una buena parte recorrida y he logrado superar un obstáculo muy grande, pero sé que es el comienzo para lograr mi siguiente sueño, ser psicoanalista; y no me queda duda que en todo lo que falta de esta carrera de obstáculos que es la vida, tú me tendrás tomada de la mano.

Adrix:

La verdad es que si me hubieran dicho que te ibas a convertir en mi mejor amiga, no lo hubiera creído y venos aquí hoy siendo las mejores amigas, y es que compartimos tantas cosas y tenemos tanto en común. Gracias por estar al pendiente de mí y cuidarme, por apoyarme y escucharme, por regañarme cada día que no salían los capítulos de la tesis y quería aventar todo a la basura y por haberme acompañado a realizar trámites a la facultad sobre esto. Me encanta tu sentido del humor, eres tan divertida, me la paso tan bien contigo. Dicen que los verdaderos amigos lo son cuando se quedan contigo, aún cuando no haya nadie más, y tú y yo hemos estado tantas veces solas, cuando nadie más ha querido estar ni acompañarme, cada que me he sentido sola, tú apareces con una sonrisa. La primera vez que confirme cuanto me querías y que íbamos a ser amigas para siempre fue un día que me invitaste a un bar y como llegué mas tarde y me daba miedo entrar yo sola, fuiste por mí hasta donde estaba para que entráramos juntas, sin necesidad de decirte nada; ese día supe, uno que me conocías perfecto, conocías mis mayores miedos y dos cuanto te importaba. Gracias por compartir todo conmigo, desde tu comida, tu dinero, hasta tus problemas más graves. También gracias por quererme tanto, incluyendo mi entorno y lo que más quiero, a mi hermana. Ahora no tengo dudas de que seremos amigas por siempre. Te quiero mucho.

Viri:

Tú mejor que nadie sabe todo lo que me costó llegar a este momento, todas las pláticas que tuvimos al respecto, tú estuviste desde la planeación de este proyecto, desde el tiempo en que ni siquiera tenía claro que quería hacer, has sido parte de esto y muy de cerca. Nunca olvidare el día que llegaste hasta mi casa tú solita para celebrar que había terminado la carrera. Cuando me sentía muy sola, de pronto apareciste, después de muchos años de ausencia, y a partir de ahí hemos compartido tantas cosas. Gracias por haberme escuchado tantas veces, por haber comprendido y por decirme siempre lo que pensabas sinceramente. Nunca has dejado de decirme cosas lindas para seguir avanzando, crees en mí como una buena profesional, como una psicóloga exitosa y en cada pequeño paso que he dado siempre te has sentido orgullosa, en serio gracias. Hoy logré la primera meta Viri y vamos por la maestría. Eres una gran amiga y te quiero mucho.

A mis amigas: Ale, Angie, Rebe, Eve, gracias por formar parte de esto de diferentes maneras, han estado conmigo en los momentos buenos, pero también en los difíciles y me han alentado a seguir adelante. Gracias por cada café. Las quiero mucho.

Aran:

Pequeñita sabes que jamás podre pagarte todo lo que has hecho por mí, de verdad no sé que he hecho para merecer una hermana como tú, nadie tiene una igual. Nada de lo que escriba puede reflejar el amor tan grande que siento por ti, no hay palabras que alcancen, eres mi alma gemela, el amor de mi vida. Dicen que el amor por un hijo es el amor más grande que existe y probablemente sea cierto, sin embargo, yo les digo que ningún amor se compara al amor que se siente por un hermano. El día en que naciste, un 7 de marzo de 1990, mi vida se iluminó y deje de estar sola, desde ese día prometí que iba a cuidarte siempre, y ahora se ha vuelto mi prioridad el hacerte feliz, por eso el primer paso era titularme, para, más adelante, poder llevar a cabo nuestros planes, como conocer París. A ti más que a nadie tengo que agradecerle todos las veces que me acompañaste a realizar trámites en la escuela, también me ayudaste a revisar la tesis como corrector de estilo, sin ti yo no hubiera terminado. Además de a Gabriel, esta tesis está dedicada a ti, porque a parte de tu gran ayuda, compartimos a Freud y al psicoanálisis, es de lo poco que te he dejado, tú en cambio me has enseñado tanto y a tu paso me has dejado muchas cosas buenas. Gracias por estar a mi lado siempre, como un roble fuerte sin dejarme caer, a pesar de mí y poniéndome por encima de todo y de todos, incluso de tu propia vida. Eres mi persona favorita y te amo con toda mi alma.

Gabriel:

Qué puedo decirte que no te haya dicho ya. Mi primer trabajo escrito es el resultado de mi tratamiento analítico, de nuestro trabajo juntos, por eso es para ti, por todo lo que hiciste por mí y lo que aún sigues haciendo, porque sin ti yo no sería lo que soy hoy. Mi tesis es la expresión del profundo amor y agradecimiento que siento hacia ti.

Un día, hace ya 8 años, apareciste, justo cuando más lo necesitaba y durante todos los años que duró mi análisis sólo te dedicaste a cuidarme y apoyarme, ¿me dejarías decir que me prestaste tu Yo? Gracias a ti surgió una lucecita en el camino y cuando todo parecía tan oscuro llovió luz, así como dice esta canción: <No sé ni cómo he llegado aquí, pensé que todo estaba bien, de pronto todo se complicó y se me extravió la fe, la obscuridad no me deja ver, estoy medio inconsciente y derrotada, cuando ya no aguanto más...llueve luz de repente y regresa la calma>. Gracias porque cuando <llegaste tú, todo cambio, llegaste tú, la esperanza triunfó, llegaste tú, volví a nacer>.

Decidir entrar a terapia y llevar un tratamiento no es cosa fácil, pero tú lo hiciste un poco más sencillo y desde la primera sesión supe que no me había equivocado contigo, que había elegido bien al que sería mi psicoanalista para siempre. El proceso de conocerse a sí mismo es tan complicado pero tan satisfactorio al mismo tiempo, gracias por acompañarme en este viaje. Debo decirte que <contigo yo descubrí tantas cosas que hay en mí, tu forma de hacerme ver que todo lo puedo hacer. Soy feliz por lo que hiciste de mí y nadie podrá hacerme olvidar que fuiste tú quien me enseñó>

Aunque hoy ya no estés cerca, siempre estás conmigo, a cada minuto, en cada palabra y en cada acción. En cada línea de este trabajo estuviste presente, porque vives en mi mente por siempre. Justo como dice una canción de Ricardo Arjona: <Estás cuando no estás, estás entre mis libros disfrazado de palabra, estás en el diploma que cuelga en la pared, estás en lo intocable y en la sombra de la luna. Estás cuando estoy sola, estás en mi alegría y estás cuando una lágrima me opaca, estás en mi persona y en mi ser>.

Recuerdo que un día me dijiste que no podías cargarme porque ese no era tu papel, pero que podías darme la mano para caminar juntos y en ese momento no lo entendí, ahora en cambio, tiene tanto sentido, si me hubieras cargado no habría crecido ni hubiera llegado este momento.

Hoy es tiempo de seguir creciendo y sé que terminar este ciclo es apenas el comienzo de un gran camino lleno de sueños, pero ahora no tengo tanto miedo.

Pero sobre todas las cosas, gracias porque la posibilidad de volver a soñar te la debo a ti Gabriel.

Finalmente quisiera escribirte algunas líneas de la canción "Suavecito" de Ricardo Arjona, de la que te hablé en alguna sesión, porque creo que refleja perfectamente lo que hiciste por mí y más allá de eso, creo que refleja lo que hace un psicoanalista por su paciente.

Me aceptaste como un cero izquierdo y sin valor
Me peleaste sin nada a tu favor
Y en el caos de mi infierno, instalaste tu gobierno
Y arrasaste suavécito
Suavecito fue ganando con saber perder
Suavecito sin afanes de imponer
Me atrapaste suavécito
Suavecito fuiste casi imperceptible, sin prisas de a poquito
Colocaste tu bandera inamovible
Pasito con pasito, tu paciencia arrolladora conquistó
Me salvaste suavécito

ÍNDICE

Introducción.....	9
Capítulo I El discurso de las adicciones a través de su historia.....	14
• 1.1 Del ambiente natural al entorno artificial: La construcción de un discurso mágico-religioso a un discurso científico.....	15
• 1.2 De remedio científico a enfermedad global: La construcción de un discurso médico para la adicción.....	33
• 1.3 De remedio científico a entidad autónoma: La construcción del discurso psicoanalítico para la adicción.....	42
Capítulo II La adicción.....	49
• 2.1 La vida anímica.....	66
• 2.2 La adicción como sustituto del primer objeto sexual	78
• 2.3 La adicción como negación de la realidad.....	88
Capítulo III El sueño.....	101
• 3.1 Algunos antecedentes históricos.....	102
• 3.2 Las fuentes de los sueños y la teoría de la formación del sueño.....	109
• 3.3 Realización de deseos.....	122
• 3.4 La realización alucinatoria del deseo.....	129
• 3.5 El proceso primario y secundario.....	134
Capítulo IV La relación existente entre adicción y sueño.....	142
• 4.1 Síntoma y Defensa.....	145
• 4.2 Negación de la realidad y fantasía.....	149
• 4.3 Satisfacción alucinatoria del deseo.....	158
• 4.4 Proceso primario y regresión.....	161

Conclusiones.....166

Referencias.....171

INTRODUCCIÓN

Actualmente las adicciones son un grave problema de salud pública, este fenómeno va creciendo día con día y no se detiene, lo que es más, se ha perdido el control sobre su expansión.

Cuando hablamos de adicción, es casi imposible no pensar en las drogas, seguramente lo relacionamos de inmediato porque lo más común es escuchar que una persona es adicta a la cocaína o al alcohol, sin embargo, como veremos, las adicciones no sólo se refieren al abuso de sustancias.

Convendría señalar aquí que aunque las relaciones con las drogas sean tantas y tan diversas como los consumidores, existe una clara diferencia entre los términos uso, abuso y adicción. Ni todo consumidor de drogas es un adicto, ni todo consumo de drogas en el que no haya dependencia, es por completo inofensivo, es decir, la característica adictiva no surge del objeto de consumo, sino del individuo y de sus características psíquicas.

Hoy en día, las adicciones a las drogas son un negocio y una mafia que mantiene países enteros, en el sentido de la producción y venta de estas sustancias, además de mantener intereses políticos por debajo. Probablemente nuestros antepasados no tenían idea de a donde llegaría la droga, nadie hubiera imaginado su potencial y el peligro en el que se convertiría en la época moderna, y es que ahora, la droga está en todos los ámbitos de nuestra vida, desde casa al tomar café para “despertarnos” y hasta en la calle nos enfrentamos a ellas, con la propaganda implícita y explícita que nos incita a consumir tabaco y alcohol.

Es decir, con el paso de los años se ha creado una especie de “subcultura” de la droga y este hecho ha facilitado la obtención de estas sustancias para cualquier individuo, un factor importante para la expansión de las adicciones. Obviamente ésta expansión, no sólo se debe a un factor, además existen otros factores, como los sociales, científicos, económicos y políticos, entre otros.

Así, podemos ver que la adicción es un fenómeno que nos ha rebasado, por lo que creemos que para resolverlo, debemos empezar a actuar desde el nivel individual, es decir, con el propio sujeto. Con esto no queremos decir que todos los demás factores no son importantes, como revisaremos, la adicción es generada por múltiples factores, sin embargo, daremos un peso mayor a lo que significa el sujeto y su psique dentro de este fenómeno.

Por otra parte, la idea de realizar este proyecto surge derivado de la poca efectividad de los tratamientos psicológicos actuales, porque a pesar de que la adicción se ha estudiado desde la mayoría de las disciplinas científicas, incluyendo el área de salud, aún no se ha encontrado la raíz del problema y, por lo tanto, tampoco las soluciones adecuadas.

Consideramos que como primer paso para actuar en contra de este fenómeno, debemos hallar el fondo del problema, por eso utilizaremos como marco teórico al psicoanálisis, que nos dará ésta comprensión a profundidad que necesitamos, además nos ayudará a sustentar nuestra propuesta de que el individuo y su psique es lo más importante para que una adicción se genere.

Teniendo claro todo el tema de la adicción, el siguiente paso, ahora sí, sería buscar caminos diferentes para solucionar el problema de la adicción. Por eso, el objetivo principal del presente trabajo es proponer un nuevo entendimiento teórico de las adicciones desde una perspectiva psicoanalítica, comprenderlo de una forma distinta a lo ya planteado hasta el momento, para que a partir de bases teóricas sólidas, en un futuro, se creen nuevos tratamientos psicológicos con mejores resultados y más definitivos.

La idea central de nuestra investigación es entender a la adicción desde el sueño, esa es la nueva propuesta teórica, así como en algún momento Freud investigara al sueño para entender algunas patologías como la neurosis o la psicosis. Pensamos que con esta nueva comprensión del tema y con una modificación en la técnica psicoanalítica, basada en nuestra teoría, resultarán tratamientos psicoanalíticos mucho más eficaces para tratar este tipo de pacientes.

Por otro lado, pensamos que los tratamientos psicológicos actuales, en su mayoría conductuales, no son lo suficientemente efectivos en el sentido de que sólo arrojan resultados temporales, nos atreveríamos a decir que ofrecen una cura parcial y de urgencia. Estos tratamientos realizan una especie de “extirpación del síntoma”, con el objetivo de callar rápidamente el sufrimiento del individuo y de volverlo “sano”, sin preguntarse cuál es el verdadero origen del síntoma y/o de la patología; de esta manera se cubre una vez más lo que realmente ocurre dentro del individuo, es decir, no se ataca el problema de raíz, es interesante hacer esta observación ya que consideramos que una adicción es precisamente un disfraz de una patología mucho más grave y crónica, además de tener características de “urgencia”.

Ahora, las limitantes que encontramos en este tipo de tratamientos se deben a que el discurso de la adicción está mal construido y es incompleto, es decir, a lo largo de la historia se ha formado un discurso para la adicción en el que se basan todo tipo de tratamientos médicos y psicológicos, de ahí su importancia.

Así, surge otro de nuestros objetivos, revisar el discurso de la adicción y promover su modificación, ya que solamente con la modificación del discurso, se encontrarán soluciones alternas a lo ya propuesto. La idea del discurso de la adicción podremos revisarla con más detenimiento en el primer capítulo, donde veremos la construcción de éste discurso a través de la historia de las drogas.

En el segundo capítulo revisaremos la etiología de la adicción desde el Psicoanálisis, a fin de crear nuestra propia definición de adicción. Por ahora, basta con decir que la adicción es un mal funcionamiento psíquico en los primeros años de vida y que como consecuencia genera un acto, situación o utilización de un objeto, que se realiza con frecuencia, sin tener control sobre ello, con el fin de negar la realidad y el dolor, es decir, más que una enfermedad específica de sustancias que alteran el organismo y la conducta, la adicción es un síntoma que oculta una enfermedad más grave.

En ese mismo capítulo hablaremos de las características de las adicciones, lo que nos acercará a la similitud que tiene con el sueño.

En el tercer capítulo revisaremos las características del sueño, sus antecedentes históricos, además de distinguir el proceso fisiológico, de las ensoñaciones o de los sueños.

Asimismo, discutiremos las características psíquicas de los sueños, basándonos en “La interpretación de los sueños” de Sigmund Freud (1900)¹, para, finalmente, relacionar ambos procesos en el cuarto capítulo y proponer las conexiones existentes entre los dos.

Por el momento, sólo mencionaremos las principales conexiones entre sueño y adicción, más adelante desarrollaremos cada punto. La primera relación que encontramos es que ambos pueden ser vistos como síntoma; la siguiente sería que los dos son mecanismos defensivos; en tercer lugar, tanto el sueño como la adicción son estados regresivos del desarrollo y por eso usan, principalmente, procesos primarios; finalmente y tal vez lo más importante es que ambos procesos niegan la realidad y la sustituyen a través de la fantasía, por eso decimos que en el sueño y en la adicción existe un cumplimiento de deseos de manera alucinatoria, lo que Freud llamaría “la satisfacción alucinatoria del deseo”.

Nosotros proponemos que con el acto u objeto adictivo se niega la realidad pero no sólo eso, sino que además se sustituye con la fantasía, cumpliendo un deseo inconsciente de manera alucinatoria, con cada acto, el sujeto adicto cree realmente cumplir su deseo, lo que genera que lo vuelva a repetir una y otra vez, es decir, él mismo se satisface de manera alucinatoria.

En el caso de los sueños sucede algo parecido, cuando soñamos alucinamos la “situación soñada”, no es como en vigilia, que podemos imaginar o fantasear una situación particular, vale decir, la pensamos, en el sueño no pensamos, alucinamos, así de la misma manera, se cumple un deseo inconsciente y decimos que se niega la realidad porque durante el sueño no hay

¹ Revisar bibliografía completa en el apartado de las Referencias

consciencia, el individuo se desconecta del mundo exterior, en los sueños no hay realidad, simplemente son un mundo de fantasía.

EL DISCURSO DE LAS ADICCIONES A TRÁVES DE SU HISTORIA

“Todas las adicciones, les contó, no eran más que formas de tratar un mismo problema. Las drogas, el exceso de comida, el alcohol o el sexo, todo era una simple forma de encontrar la paz, de escapar de lo que conocemos, de nuestra educación ...”
Chuck Palahniuk

Si queremos entender el fenómeno de las adicciones, primero necesitamos adentrarnos en su historia, conocer su evolución, saber cuándo se tuvieron las primeras noticias sobre el consumo de drogas y en qué momento dejaron de consumirse para abusar de ellas.

A lo largo de este capítulo abordaremos algunos hechos históricos que nos ayudarán a descifrar el rol que las adicciones juegan actualmente en la sociedad. Además, comprenderemos la construcción del discurso de las adicciones o toxicomanías, cómo se formó, por cuáles contextos ha pasado y cómo a partir de este discurso el área de salud trabaja y crea tratamientos para intervenir.

Es muy importante considerar el discurso, porque es a través de él que se lee un problema y después se actúa. Cuando los discursos están fundados en ideas erróneas o son incompletos no se puede abordar el problema adecuadamente, además se cae en confusiones y estancamientos en su comprensión. Por eso, después de haber revisado la historia de las drogas, podemos decir que el discurso construido de la toxicomanía es erróneo o mal formado, un discurso que se fue independizando del sujeto y creando una entidad propia, tiempo después, la sociedad lo observaría como un fenómeno en donde echar responsabilidades, en donde depositar culpas, como un mal social. Poco a poco iremos revisando éstas ideas.

En el mismo sentido, si las adicciones son un problema de salud pública, mucha más atención debemos poner, ya que el área de salud ha tomado ideas de éste discurso para crear el propio y después intervenir. Hasta ahora la medicina y la psicología han tomado ideas erróneas del discurso de la adicción y a partir de ahí han elaborado tratamientos. Probablemente sea la razón

principal por la que los tratamientos actuales no arrojan resultados permanentes y no son totalmente eficaces.

Ahora bien, durante la historia de las adicciones se encontrarán tres cambios importantes que marcarían el rumbo de este fenómeno: el primero, en la época del renacimiento, en donde las drogas cambian de hábitat, de un entorno natural a un entorno artificial; el segundo, cuando desde un ambiente artificial se transforman en sustancias curativas que podían beneficiar a la humanidad, convirtiéndose en medicamentos para tratar todo tipo de enfermedades; y el último, en la época moderna, de ser un gran remedio, casi una panacea para la sociedad, se convierten en lo contrario, el gran mal de la época moderna, en una enfermedad contagiosa, hasta llegar a ser un grave problema, no sólo de salud pública, sino a otros niveles, por ejemplo sociales e incluso políticos.

Los cambios en la utilización y en el consumo de las drogas que revisaremos en los siguientes apartados, generaron diferentes ideas y creencias en la cultura y fue así como estos sucesos históricos afectaron la construcción del discurso de la toxicomanía.

1.1 Del ambiente natural al entorno artificial, de un discurso mágico-religioso a un discurso científico

Como bien nos cuenta Rafael Ernesto², las drogas han existido en el mundo mucho antes de la aparición misma del hombre, tanto aquéllas consideradas como legales como las que en los últimos años han sido sometidas a prohibición.

Gordon Wasson³, historiador norteamericano, ha introducido la hipótesis de que la manzana comida por Eva en el paraíso terrenal, no era una manzana, sino un hongo alucinógeno,

² Ernesto López, R. (1993). La maldición eterna. Monte Ávila Editores, Latinoamérica.

posiblemente conocido con el nombre de “Amanita Muscaria”. Asimismo, basado en investigaciones acerca de los árboles adorados por pobladores primitivos, Wasson presupone que el árbol del bien y del mal mencionado en la Biblia, bien podría haber estado asociado con la presencia de este hongo alucinógeno “Amanita Muscaria”.

En igual forma se piensa que el <soma> de los hindúes o el <haoma> de los zoroastras, ambas bebidas sagradas, también pudieron haber sido preparadas a partir del mismo hongo, con el propósito de inducir impresiones visionarias y de comunicación con su Dios. (Ernesto López, R., 1993, pág. 74)

Desde la literatura antigua podemos encontrar referencias al uso de este mismo hongo alucinógeno. Por ejemplo en El “Popol Vuh”, herencia de los mayas y que constituye un poema de unos 8600 versos de la época precolombina, se hace referencia por lo menos una vez al consumo de hongos alucinógenos durante los ceremoniales religiosos.

Según Wasson, el hongo en cuestión ha debido ser nuevamente la <Amanita muscaria> o la <Amanita Caesarea>, a la cual los quiches se refirieron en su lengua como el <Kakuljá>, del cual se decía era <itzel ocox>, es decir, un hongo malvado o diabólico; el kakuljá a su vez tomaría su nombre del dios maya <Kakuljá Huracán>, mencionado en el Popol Vuh, en donde kakuljá significa rayo y huracán de una sola pierna. La conjunción por lo tanto implicaría la relación asociativa entre el dios o rayo único, es decir, de una sola pierna, que golpea a la tierra en un coito que daría como resultado la producción del hongo de un solo pie, el cual llevaría mediante su ingestión, a la unión mística y visionaria con el dios. (Ernesto López, R., 1993, pág. 76)

También desde tiempos muy antiguos, el consumo de alucinógenos se ha dado en América y en regiones, que más adelante, serían México. Los historiadores nos indican que derivado del retraso del desarrollo en Latinoamérica, los rituales, que de cierta manera favorecían el consumo de sustancias, se fueron quedando y extendiéndose, cosa que no sucedió en países europeos, ya

³ Citado en Ernesto López, R. (1993). La maldición eterna. Monte Ávila Editores, Latinoamérica, pág. 73

que este tipo de rituales que también se practicaban, se sustituyeron por actividades más evolucionadas.

El consumo de hongos alucinógenos entre los mayas fue reportado originariamente por Cristóbal Colón y más tarde, en el siglo XVI, por el franciscano historiador Bernardino de Sahagún, así como del uso generalizado que se dio a tales hongos durante la coronación de Moctezuma en el año 1502. Los españoles reprimieron estos ritos por considerarlos paganos y ajenos al proceso de cristianización de las Indias Occidentales, quedando el área de consumo reducida desde entonces hasta ahora, al estado de Oaxaca en México. (Ernesto López, R., 1993, pág. 77)

En regiones como Brasil, Colombia y Venezuela, se ha usado también el <yopo> o <cohoba>, el cual contiene alucinógeno de tipo indólico obtenido por la maceración de un bejuco, cuyo polvo se consume al introducir el extremo de una caña dentro de las fosas nasales del iniciado, mientras otra persona sopla violentamente por el otro extremo. (ibíd., pág. 80)

Existen recuentos desde la llegada misma de los españoles, tan temprano como 1496, según el cual los indígenas usaban <yopo> desde aquel tiempo. (Ibíd., pág. 81)

Plantas que contienen atropina o solanáceas, como la conocida en Venezuela con el nombre de <campanita>, han sido de uso frecuente a lo largo de toda América desde hace muchísimos años, siendo todavía utilizadas en forma de infusión con el propósito de producir efectos visionarios; sus efectos tóxicos han sido resumidos desde la antigüedad en la siguiente forma: “caliente como un conejo, ciego como murciélago, seco como un hueso y loco como gallina”; lo cual resume con gran agudeza y sentido del humor la acción de la atropina sobre el organismo: aumento de la temperatura del cuerpo (caliente), dilatación de las pupilas o midriasis con paralización del iris (ciego), la inhibición atropínica de toda secreción (seco), además de los efectos alucinógenos (loco). (Ibíd.)

La primera planta en adquirir representatividad y sentido en el contexto de los alucinógenos fue el peyote, cuyo uso fuera destacado por Lumholtz entre tarahumaras y huicholes. (Tapia-Conyer, R., 1994, pág. 18)

Hay muchos datos pues que tienden a reforzar la idea de que, mientras los pueblos de Asia y Europa no sólo restringieron sino que hicieron poderosos

esfuerzos para eliminar el chamanismo así como la tendencia a ingerir drogas, los pueblos de América, debido al aislamiento relativo en el que se encontraban, permanecieron en estados culturales menos evolucionados y fue así como continuaron con la tradición médico-chamán. La India antigua, por ejemplo, reemplazó la experiencia del soma [los hongos alucinógenos] con la ascesis o los excesos orgiásticos, la meditación, las técnicas de yoga, la devoción mística. Por el contrario, los habitantes de América se hicieron activos buscadores de plantas alucinógenas, casi imprescindibles para los tipos de curación y de adivinación. (Fernando Rey, 1998, citado en Musacchio de Zan, 2000, pág.46)

Un poco más adelante en la historia durante la época de la brujería y su persecución, igualmente existe evidencia del uso de estos hongos. Si ponemos atención en las cosas que sucedían con las “brujas” o con las personas que catalogaban como “raras” o con poderes sobrenaturales, cuando se decía que volaban o que hechizaban a la gente, o que se les “había metido el demonio” por ejemplo; realmente lo que estaba sucediendo es que éstas personas presentaban alucinaciones y delirios, síntomas derivados en parte, al consumo de alucinógenos y por otra parte, debido a que muchas de estas personas tenían trastornos mentales, como en el caso de la brujería que además existían síntomas histéricos.

Por otro lado y volviendo hacia atrás en el tiempo, existe una sustancia mucho más antigua y conocida universalmente. La historia del alcohol viene desde la antigua Grecia, incluso antes del nacimiento de Cristo.

El alcohol proviene de la fermentación de sus azúcares. [...] Su obtención es producto de la simple fermentación de los azúcares contenidos dentro de cualquier fruta, tanto silvestre como cultivada, por lo cual todos los esfuerzos dirigidos a intervenir su producción han resultado siempre absolutamente imposibles: el alcohol se hizo legal gracias al empuje de la versatilidad de su origen. (Ernesto López, R., 1993, pág. 18)

Las primeras menciones sobre el vino, están ligadas a ritos y misterios religiosos, que en los griegos y luego en los romanos constituyeron el culto a Dionisio o Baco, considerado entonces el vino tal y como lo es hoy en día, para unos como una bendición y para otros como una verdadera peste. Dionisio era aventurero y viajaba con frecuencia como lo declara la

mitología, significando con ello simbólicamente que el vino se hizo fácilmente popular, y rápidamente el secreto de su elaboración se infiltró desde Tracia, de donde se supone originario el culto a Dionisio, hasta otras regiones circunvecinas. (Ibíd., pág. 43)

Similar al estilo seguido en la actualidad por muchos alcohólicos, quienes se reúnen en grupos para tomar en las barras de diferentes bares de cualquier ciudad, en aquella época lo hacían de igual forma, pero amparados en creencias paganas de adoración a Baco, en reuniones secretas de naturaleza orgiástica, en donde participaban las Ménades, sacerdotisas o bacantes, las cuales en un comienzo fueron sospechosas hasta de sacrificios humanos. (Ibíd.)

En el caso de nuestro país México, existe una amplia tradición con el vino, la historia del alcohol y de otras sustancias adictivas viene desde la época prehispánica. Quizá el pulque fue la bebida más consumida en aquellos años.

Al respecto, el autor Tapia-Conyer (1994) nos dice que el pulque fue relacionado con la luna por ser considerada una bebida divina que sólo podía ser consumida en ocasiones especiales o por individuos con características específicas.

Y también nos habla de como el pulque fue cayendo de estatus, hasta llegar a considerarse una bebida solamente para gente de estratos sociales bajos, y así se vio durante mucho tiempo, hasta hace poco se cambió de idea. Actualmente se pueden ver lugares donde gente de todo tipo consume pulque e incluso podríamos decir que el pulque cambio de estatus, es decir, ahora es considerada una buena bebida por su tradición e historia.

A partir del siglo XVI, el pulque se convierte en bebida discriminada, socialmente rechazada y considerada como propia de la plebe, no siendo rehabilitado su consumo, salvo en grupos sociales muy específicos, como lo fueron los propietarios de las haciendas pulqueras. (Tapia-Conyer, 1994, pág. 4)

También desde el siglo XVI se añaden otros productos alcohólicos, todos ellos tienen como característica que son productos de destilación, lo que los

diferencia radicalmente del pulque y otros productos fermentados prehispánicos. (ibíd.)

El cultivo de la caña de azúcar, promovido desde muy tempranas épocas por el propio Hernán Cortés en el Marquesado del Valle, trajo como consecuencia la disponibilidad del aguardiente de caña en el mercado, al que pronto se aficionó gran parte de la población. Más tarde la producción de mezcal y tequila, es decir destilados de agave, llenó los huecos dejados en el mapa de la alcoholización de nuestro país. (ibíd.)

Además del el alcohol, existe otra sustancia que cuenta con una larga historia en la humanidad. El tabaco es consumido desde tiempos muy antiguos, sin embargo, no se consumía como lo hacemos ahora, era más bien una especie de alucinógeno, debido a la mezcla con otras sustancias que potenciaban sus efectos.

Al respecto citamos algo de su historia:

Se ha sostenido en los medios botánicos que la planta del tabaco es oriunda de las regiones andinas pero el hecho es que en el Caribe y en Mesoamérica se consumía y se cultivaba desde tiempos inmemoriales, y es numeroso el grupo que sostiene que por lo menos algunas especies de la planta son oriundas de esos lugares. Puede decirse que el tabaco está presente en esas regiones desde los inicios mismos de su desarrollo cultural; al igual que su flor aparece representada en el muslo izquierdo de la estatua de Xochipilli, el señor de las flores, y se conserva en el Museo Nacional de Antropología. (Tapia-Conyer, 1994, pág. 5)

Al parecer los patrones de consumo variaron, ya que inicialmente era bebido, después masticado, más tarde se aspiraba el humo y finalmente fue fumado. Para el siglo XVI, en México, el tabaco se fumaba en pipa y en cigarros, en tanto que en las costas caribeñas se fumaba y aspiraba, algunas veces mezclado con <cohoba> (cáñamo). (Ibíd.)

Debe recordarse que en todas las culturas prehispánicas de Mesoamérica, el tabaco jugó un papel ritual de extraordinaria importancia, siendo ofrenda común a un buen número de dioses, y era presencia obligada en las bolsas que portaban los sacerdotes. (ibíd., pág. 7)

El tabaco en América tenía también otras funciones, ya en ceremonias rituales, ya en prácticas curativas y también como agente alucinatorio. Para esta última acción, ciertas variedades con alto contenido de nicotina eran introducidas mediante enemas en el ano, solas o en compañía de otras sustancias psicoactivas. El tabaco era pues también, una de las numerosísimas sustancias que en el Nuevo Continente eran usadas con el fin de producir estados psicóticos alucinatorios pasajeros, así como por sus efectos, ciertos o no, sobre el cansancio, la enfermedad, el hambre o la sexualidad. (Fernando Rey, 1998, citado en Musacchio de Zan, 2000, pág.42)

Poco a poco el tabaco se ha ido posicionando como una droga muy importante en la mayor parte del mundo, generando una adicción grave, difícil de superar. La sociedad moderna ha adoptado al cigarro como un modo socialización y una subcultura, tal como lo plantea Diego Fernando Rey (1988):

[...] Sus citas principales [del tabaco] iban a ser con la comida, con el alcohol y con el café, y así fue creando una cultura, cultura de los utensilios del fumador, de variados usos, materiales y formas, cultura de los gestos del fumador, extraño rito mil veces repetido. (Citado en Musacchio de Zan, 2000, Pág. 42)

Como dato adicional nos gustaría mencionar que dejar la adicción al cigarro es tan difícil como dejar la cocaína, lo cual es curioso ya que ambas sustancias son muy diferentes, mientras que una destruye al organismo rápidamente, la otra lo hace de manera lenta y pausada, además que los efectos de la cocaína en el organismo son mucho más potentes. Sin embargo, no debería sorprender, porque con este dato podemos empezar a pensar que las sustancias no son la causa de la enfermedad, ellas no son realmente el problema.

Para finalizar con el alcohol y el tabaco, no debemos dejar de ver que ambas sustancias son legales y pueden consumirse libremente, casi sin ningún tipo de prohibición, es más, son de fácil obtención, a diferencia de las demás drogas que mencionaremos, que no son legales en la mayoría de los países.

Por otro lado, en otro continente se estaban descubriendo otras sustancias, como el haschisch o hachís y el opio, tardarían bastantes años en llegar a Latinoamérica.

La historia del haschisch viene de los pueblos árabes y data del año 1090 d.C. El haschisch fue introducido en Europa durante los siglos XI y XIII.

Cuando los cruzados regresaron a Europa, importaron nuevas máquinas de guerra, historias fascinantes, una nueva literatura islámica, canciones y crónicas numerosas, y además, trajeron una nueva palabra: <asesino>, en español, o <assassine> en francés e inglés, la cual era un derivado paronímico del vocablo árabe <haschischin>, un término utilizado para designar a los consumidores de haschisch. (Ernesto López, R., 1993, pág. 49)

En la cultura islámica, Hassan ibn Al-Sabbah fue considerado una especie de jefe guerrillero, fundador además de una secta islámica para defender posiciones en contra de califatos enemigos y tomar venganza por la muerte de algunos adeptos. A los iniciados de esta secta se les conocía como los <haschischins>, es decir, aquellos que utilizaban el efecto del haschisch para cometer sus crímenes o asesinatos, de quienes según se dice, todavía existen bajo el nombre de <khojas> y aún merodean por los lados del Irán y Pakistán. (ibid., pág. 49)

Como lo explica nuestra cita, el hachís es una droga de origen natural, la sustancia surge de una planta con el nombre de <Cannabis Sativa>, un arbusto de hojas lanceoladas del cual se obtiene fibra para la confección de cuerdas, aceite para hacer pintura, semillas como alimento para las aves y la resina narcótica. De esta planta también resulta la marihuana, de hecho el hachís es un derivado de la marihuana, se sabe que con efectos más fuertes, ya que la sustancia es más concentrada. Rafael Ernesto dice que posiblemente es originaria de los montes Himalayos, según antiquísimos recuentos que datan de 2800 a.C., difundidos posteriormente hacia el Asia y sur de Europa, alcanzando América en 1495 a través de Chile, y cien años más tarde a Norteamérica, en los estados de Virginia y Nueva Inglaterra.

El término <haschisch> que en árabe significa sólo cáñamo seco, ha sido utilizado para designar una pasta manufacturada por la unión de todos los componentes de la planta: tallo, hojas y semillas, usualmente en forma de

suelas de zapato, por lo cual también se le conoce con el nombre de suelas; ingerida generalmente en forma de bebedizos o simplemente fumada. El término marihuana, por otra parte, se refiere exclusivamente al consumo de la hoja en forma de cigarrillos, siendo de origen americano, de donde proviene su denominación como una descomposición del nombre de la antigua marca de los tabacos mexicana llamada <Mary Juana>. (Ernesto López, R., 1993, pág. 51)

Respecto a México, según los datos que se tienen, la marihuana existía en los plantíos originarios del país.

Ajena a México, la <Cannabis Sativa> llegó a nuestro país en una época difícil de precisar. No sé sabe a ciencia cierta si fue en la Nao de la China, que realmente venía de Filipinas, durante los últimos años del siglos XVI, o si fue traída por piratas o tratantes de esclavos. Sin embargo se ha sostenido que una de las especies del mismo género, la <Cannabis sativa>, estaba representada en la flora mexicana, y las investigaciones etnográficas han resaltado la existencia, a lo largo de toda la costa del golfo mexicano, de plantas, como el frijol de la playa (Carnavalia marítima Thoours) o el <axocatzin o malva colorada>, que tienen efectos semejantes a los que produce la intoxicación con la marihuana. (Tapia-Conyer, R., 1994, pág. 9 y 10)

Así, la marihuana se extiende rápidamente y en el siglo XX el consumo es hecho por jóvenes y como estandarte de revolución y cambio.

Es a mediados del siglo XX cuando fumar marihuana paulatinamente se convierte en un hábito expandido entre la juventud estudiantil y los medios artísticos, ajustándose a un modelo de consumo de origen estadounidense cuyo común denominador era protestar contra una sociedad exageradamente restrictiva y anclada en los valores de los adultos. Esta revuelta iba de la mano con cambios en la sexualidad, cuya liberación fue otra de las banderas del movimiento. (Tapia-Conyer, R., 1994, pág. 10)

Aquí vale la pena detenernos para señalar el primer cambio en el discurso de la adicción. Durante la época del renacimiento, encontramos una modificación importante en la utilización de las drogas y en cómo se miran.

Antes de ese tiempo, las drogas existían dentro de un hábitat natural y su consumo era solamente realizado por un grupo selecto, eran utilizadas para rituales religiosos o “ceremonias especiales” y todo se desarrollaba en un entorno totalmente divino y mágico, es decir, la mayoría de la gente no tenía acceso a las drogas, pero con el avance de la ciencia se abrió otro campo en donde las drogas tuvieron cabida y donde la gente pudo conocerlas.

Las ciencias comenzaron a interesarse en estas sustancias naturales con efectos en el organismo, realizaron estudios y manipulaciones con el fin de obtener beneficios, convirtiendo a las “drogas naturales” en sustancias químicas.

Hasta antes del renacimiento, todo había sido descubierto en la tierra, todo era natural y no había sido procesada ninguna sustancia, el consumo se limitaba a ciertos grupos sociales, la mayoría de ellos con poder y se utilizaban principalmente para rituales religiosos o para adivinar el futuro, aún no se utilizaban de manera científica y mucho menos para curar alguna enfermedad.

La manera en la que se veía a las drogas, las ideas que existían alrededor de ellas, eran de sustancias que hacían más placenteros los momentos, de “sustancias especiales” para gente que merecía vivir experiencias extraordinarias, las drogas eran algo bueno para privilegiados, se consumían sólo en ocasiones especiales, cuando se los permitían los dioses.

Hasta aquí el discurso que se entretecía, era un discurso misterioso y mágico, se veía a las drogas como sustancias capaces de exorcizar los demonios y por supuesto estaban inevitablemente ligadas a cuestiones religiosas.

Por otro lado, como podemos notar siempre ha existido el consumo, desde los primeros pueblos conocidos, pero no se tenían registros de abusos o intoxicaciones. Sin embargo, cuando las drogas cambian de entorno y cuando la humanidad obtiene más conocimiento de la ciencia, se generan nuevas ideas en torno a ellas, ya no se utilizan de la misma manera, se crean nuevas maneras de consumirse, además que se incluyen nuevos sectores de la población a su consumo.

Todo esto lleva a los fundamentos del actual discurso de la toxicomanía, circulan nuevas ideas basadas, la mayoría de ellas, en investigaciones científicas, es así que las drogas adquieren poderes curativos y comenzaron a entrar en el campo médico como sustancias útiles para curar.

La primera sustancia en reflejar esa característica curativa es el opio:

Es evidente que el opio era bien conocido desde la antigüedad y constituyente esencial en multitud de recetas médicas. Desde esta perspectiva es fundadamente posible afirmar que la opiomanía tuvo ante todo origen médico. En el renacimiento, una vez más el hombre occidental prestó atención al opio y sus efectos. Lo que llama la atención es lo exótico de su procedencia y lo misterioso de su intoxicación. (Tapia-Conyer, R., 1994, pág. 11)

No sabemos a ciencia cierta dónde ni cómo se inició la costumbre de fumar el opio, pues en oriente se comía, y está fue la primera tradición que arribo a la Europa. Es posible que ese uso fuera propiciado por la manera como se consumía el tabaco. El hecho es que esta costumbre se extiende hasta el siglo XIX, y mientras los curiosos europeos continuaban comiendo opio en gran medida, en China e Indochina proliferaban los fumadores y desde allí son exportados nuevamente. (ibid., pág. 12)

Entonces, es a partir del opio, considerado un alcaloide, cuando comenzó el estudio de sustancias naturales dentro de los laboratorios y también en el área médica, empezaron a estudiar sus propiedades.

Las primeras sustancias estudiadas fueron los alcaloides, cuyo nombre genérico proviene del ya entonces legendario álcali de los árabes y a las que se identificó, de entrada, como las causantes de la actividad farmacológica de las plantas que producían. (Tapia-Conyer, R., 1994, pág. 12)

El opio se da en una planta llamada amapola, es una de las plantas que fueron prioritaria y extensamente investigadas y sujetas a condiciones experimentales.

Para 1803, Fredericus Wilhelmus Adamus Setürner logró aislar de la amapola, un principio activo llamado morfina, sustancia que al principio se pensó era un ácido. Setürner recalcó que se trataba de un principio susceptible a provocar sueño, lo que le dio el nombre de morfina. El

descubrimiento de la morfina sucedió de casualidad, cuando Setürmer manifestó un dolor de muelas y orientado por el propietario de la botica en la que trabajaba, redujo el opio a una sustancia pura, poniéndolo en una solución de ácido mecónico neutralizado con amonio, entonces comprobó personalmente que su dolor de muela cedía, continuó experimentándolo en él mismo, en tres compañeros y hasta en su perro, llegando a la conclusión de que esta sustancia tenía excelentes propiedades analgésicas y narcóticas.

El opio cobra importancia en la historia de las drogas, porque con él surgen las primeras noticias de abusos a las drogas, debido a su utilización en el área médica, como pasaría con otras sustancias. Los doctores recomendaban este tipo de sustancia para remediar algún padecimiento, se creía que era beneficiosa para la salud, gracias a las propiedades estudiadas en ese momento, sin embargo, todavía no tomaban en cuenta los efectos secundarios como la dependencia y la tolerancia, razón por la cual, las personas terminaban abusando sin ningún tipo de control.

La primera sospecha acerca de los muchos peligros del Opio, apareció en 1818, cuando El “American Dispensatory” estableció que el consumo regular de la droga producía temblores, parálisis, estupidez y emaciación general. (Ernesto López, R., 1993, pág. 71)

En cuanto a la morfina, derivado del opio:

Desde 1827, la morfina era elaborada en grandes cantidades por E. Merck mediante un nuevo procedimiento ideado por él mismo y exportado en 1832 a Estados Unidos de América. Teniendo el medicamento disponible en cantidades suficientes, la aparición de la jeringa de Pravaz facilitó todavía más a los médicos y a muchos curiosos, su aplicación parenteral, vía por la que su actividad se potencializa. (Tapia-Conyer, R., 1994, pág. 12)

Las guerras y la necesidad de atención a los heridos favorecieron la difusión del empleo analgésico de la morfina y pronto se empezó a hablar de morfinismo, término que motivó un acre polémica entre dos célebres psiquiatras franceses, Magnan y Pichon; el primero asoció el hábito a una dipsomanía morfínica que implicaba una tendencia a la adicción, fuera cual fuera la sustancia empleada; el segundo pugnaba porque se reconociera en

el hábito una verdadera psicosis de tipo maniaco: la morfimanía. (ibíd., pág. 13 y 14)

Mientras tanto, el opio ya había llegado a México provocando los mismos abusos de consumo.

En México, desde 1876, se mencionaban las terapéuticas experimentales a base de morfina y pronto se plantea la problemática de la adicción y su tratamiento con cafeína, y sus repercusiones sobre la vida social de los así afectados. (ibíd., pág. 14)

Así, con el opio y sus derivados encontramos los primeros datos de intoxicaciones, es decir, se generan los primeros problemas de adicciones.

En el laboratorio Bayer, Heinrich Dreser descubre la diacetilmorfina, llamada heroína, en 1898. Hasta mucho tiempo después no se logra valorar los pésimos efectos tóxicos y la notable capacidad adictiva que posee. En 1952, la OMS acuerda prohibir su indicación terapéutica, pero ya para ese entonces la heroínomanía se había extendido por todo el mundo. (Fernando Rey, 1998, citado en Musacchio de Zan, 2000, Pág. 54)

Por otra parte, se descubría la cocaína, al igual que el opio en una planta y, de igual manera, poco a poco se le fue sacando de su ambiente natural para procesarla como sustancia química.

La coca es conocida mucho antes de la época de los incas, habiéndose encontrado rastros de hojas de coca en recipientes mortuorios que datan aproximadamente de los años 2500 al 1800 a. C., descubiertos en el emplazamiento de Huaca Prieta al norte de Perú. Su nombre proviene de la lengua aymara, <kkoka>, significa simplemente arbusto o planta, cuyas hojas contienen aprisionada en su trama de celulosa un alcaloide, la cocaína, la cual en la actualidad constituye la droga de mayor consumo tanto en América como en el Viejo Continente. La coca mantiene un sitio importante dentro de la mitología peruana-boliviana, una de ellas asegura que los antiguos pobladores en la región del lago Titicaca, serían los primeros en cultivarla. (Ernesto López, R., 1993, pág. 93)

En América, las primeras noticias que se tuvieron sobre la cocaína fueron con la llegada de los españoles. A su llegada, durante la época de Pizarro,

los españoles trajeron consigo a los caballos, los cuales eran completamente desconocidos por los indios en esos tiempos; cuenta la leyenda que para el momento del primer combate, en el momento en que un indio pudo herir a un español, con una flecha y éste cayó de la montura, los indios huyeron despavoridos porque pensaban que el caballo y el hombre eran en realidad una sola bestia, pero que tenían la propiedad de multiplicarse al ser heridos. Es muy factible que si tal cuento llegó a ser verdad, la visión de una especie de centauro dividiéndose en dos como una expresión de una mayor fiereza o agresividad frente a la injuria de sentirse herido, fuese ayudada por el estado de intoxicación de cocaína en que se encontraba en los indios. (Ibíd., 1993, pág. 95)

La coca también era utilizada para adivinar el futuro, y se dice que el chamán o <yatiri> masticaba la coca y luego escupía sobre la mano y de acuerdo a como la saliva se distribuía, se podía presagiar el futuro. (ibíd., pág. 94)

Existen numerosas estatuillas de la época incaica que muestran la prominencia a nivel de la mejilla, de la cocada o buche de hojas de coca apretadas entre la encía y el carrillo, la cual en la actualidad sigue siendo consumida exactamente en la misma forma: aproximadamente durante una hora van agregando hojas de coca, añadiendo mediante una pequeña espátula, el polvo obtenido de la concha macerada de algún caracol, o en su lugar, raíces de quínoa, corteza de cacao, ceniza o hueso; mientras suavemente le dan vuelta en la boca para extraer el jugo de las hojas. El polvo designado en lengua indígena como la <llypta> o <tocra>, y generalmente guardada en una bolsita o <chuspa>, contiene un alto nivel de calcio, el cual actúa, comprobando en la actualidad, como un reactivo alcalino aumenta el efecto de absorción. (ibíd., pág. 95)

Obtenida en esta forma, de cocada, la droga sólo proporciona efectos estimulantes y antidepresivos, sentimientos que siempre han sido bienvenidos por el ser humano, pero sin llegar a los efectos tóxicos que ahora con más frecuencia llegamos a observar como consecuencia de los nuevos métodos de extracción, los cuales producen una cocaína con un mayor índice de pureza y por lo tanto mucho más tóxica. (ibíd., pág. 97)

Pasó poco tiempo para que las hojas de cocas fueran estudiadas en laboratorios como ocurrió con el opio. Ahora las drogas estaban más metidas en el campo médico, se difundían rápidamente, tal vez de la misma manera que en los primeros tiempos como “objetos buenos”, que

beneficiaban a los seres humanos, sólo que antes de manera mágica y ahora se convertían en “elementos científicos” que podían remediar grandes males.

Para 1855 J. F. W. Johnson, en el segundo volumen de su “Química de la vida común”, publicaba los resultados de sus intentos para aislar el principio activo de las hojas de coca, y llegaba a la conclusión de que no era uno sino tres: una resina aromática a la que atribuía las propiedades narcóticas; una sustancia amarga que no había podido aún identificar químicamente pero que consideraba análoga a la teína y a la cafeína, y a la que atribuía todos los efectos estimulantes, y el ácido tánico. (Tapia-Conyer, R., 1994, pág. 15)

Entre 1859 y 1860 se da el paso final que condujo al asilamiento de la cocaína. Esto fue realizado por el Instituto Whöler de Gotinga, por el investigador Albert Nieman. El entusiasmo de los médicos fue unánime y de inmediato se empezaron a multiplicar sus indicaciones. La prescribieron para problemas de la garganta entre los cantantes, con la tesis de que era un excelente tensor de las cuerdas vocales, y el diccionario francés de las ciencias médicas sugirió su empleo en la industria y en el ejército, a fin de lograr un mejor rendimiento. La última de las acciones de la cocaína que se descubrió en el siglo XIX fue como anestésico local, y a ella se debe que varios connotados científicos hayan sido presa de la adicción a esa droga. (ibíd., pág. 15 y 16)

Carl Koller fue el encargado de dar a conocer a la cocaína como un anestésico por primera vez, con ello revoluciona la cirugía oftálmica y solamente por casualidad. A su vez, Saltead, con una serie de colaboradores de Nueva York, la usa en anestesia regional.

Mientras tanto en Alemania, Sigmund Freud comienza una serie de ensayos con ella y en 1894 escribe un artículo alabando sus posibilidades terapéuticas, Freud estaba muy lejos de saber todos los efectos dañinos de la cocaína.

A tal grado llegó la idea de la cocaína como sustancia “sanadora”, que un país decidió ponerla como símbolo de su nación.

Era tal el reconocimiento de la cocaína como un remedio para cualquier tipo de males, que el médico peruano José Hipólito Unuane Pavón, fundador de la primera escuela de medicina, así como del periódico “El Mercurio

Peruano”, influyó para que el árbol de la coca fuese incluido en el escudo de armas de su país como un reconocimiento a la cocaína por el papel fundamental que se supone que tuvo en la resistencia de las fuerzas emancipadoras durante la Guerra de Independencia. (Ernesto López, R., 1993, pág. 98)

Por otro lado, Tapia-Conyer nos dice que en México muy poco se sabía de la cocaína por aquellos años (1800), se piensa que llegó a México por la influencia de los Estados Unidos de Norte América, como muchas otras drogas, y es claro que se adoptaron los patrones de consumo de aquel país, aún hoy podemos ver que se consume de manera inhalada o inyectada.

Poco es lo que dice la literatura médica mexicana acerca de la cocaína, hablándose en 1885 de sus efectos fisiológicos y de la ventaja del uso del muriato sobre las otras sales. Un solo artículo de 1890 se refiere al envenenamiento por cocaína y a su tratamiento mediante el ácido fénico. Es evidente que los patrones epidemiológicos de consumo, primero inyectada y después en polvo, han sido el reflejo de lo que sucede en EUA. (Tapia-Conyer, R., 1994, pág. 16)

Los tratados médicos clasificaron a la cocaína como estimulante, debido a sus propiedades, así como lo son el chocolate y el café. Lo interesante es que algunos de esos estimulantes, como el café, el cacao y el refresco de cola, hoy en día, tienen un uso cotidiano y legal, a diferencia de la cocaína. Estas sustancias nunca se han prohibido, a pesar de tener efectos sobre el organismo, de hecho se han ido introduciendo entre las sociedades al igual que el tabaco, como un medio para socializar, convivir, etc.

Hay millones de personas alrededor del mundo que consumen cotidianamente estimulantes como el café o el refresco, pero son pocos los casos que se conocen de intoxicación o de adicción, tal vez se deba a que se necesitan grandes cantidades de este tipo de sustancias para que haya efectos graves en el organismo, o tal vez se deba a las ideas que giran respecto a ellas, podemos ver aquí, otra vez, la importancia del discurso.

Lo que es claro es que actualmente existen muchas personas en todo el mundo que abusan de este tipo de estimulantes, de hecho podemos decir que hay miles de personas que son adictas

al café o al refresco, solamente que a esta clase de sustancias no se les sataniza tanto como a las sustancias ilegales, por tanto, la sociedad ve normal su consumo y no lo ve como un problema.

Y ya que tocamos el tema de los estimulantes, revisaremos brevemente la historia del café, solamente como un dato histórico más.

Cuenta la leyenda que un pastor árabe observó que sus ovejas, luego de ingerir lo que después se llamó <coffea arábica>, corrían con excitación. Se le ocurrió pues moler y cocer las semillas de esa planta y de ahí surgió el café. Comenzó entonces a cultivarse el café en Arabia y de ahí pasó a Europa en las postrimerías del siglo XVIII. En 1720 el gobierno francés intenta aclimatar la planta del café en sus posesiones en las Antillas y envía tres plantas con destino a la Martinica, de las cuales una sola llega. De ahí se extiende su cultivo a Colombia, Venezuela y Brasil. Paralelamente a su cultivo, se extiende por Europa la moda de beber café y también sus usos médicos. (Fernando Rey, 1998, citado en Musacchio de Zan 2000, pág. 49)

Pero regresemos al opio y a la cocaína porque fue con esta clase de sustancias que se originó la enfermedad de adicción y todo su concepto.

Aquí nos gustaría hacer notar que el concepto de adicción surge como una enfermedad al abuso de sustancias, o sea a las drogas, al principio se consideraba solamente una adicción o toxicomanía el consumo y abuso de sustancias que producían efectos en el organismo, ya fueran legales o ilegales, sin embargo, con el paso de los años y del conocimiento sobre la enfermedad, el área médica se dio cuenta que no era así de simple, que la adicción no solamente consistía en el abuso de sustancias, que era un patrón de conducta, una alteración a nivel física y psicológica.

Y aunque actualmente, algunas disciplinas médicas y psicológicas, suelen dar más peso a las adicciones por abuso de sustancias, sabemos que la adicción es mucho más que eso, desde psicoanálisis, la adicción es un acto inconsciente que revela una enfermedad mucho más profunda.

A partir de entonces se crea el concepto de adicción y empieza a construirse un discurso médico para la toxicomanía, basado en el abuso de sustancias, y ya que el abuso de sustancias rápidamente se volvió un gran problema social y de salud, las ideas de que el mal era la droga

comenzaron a llenar este discurso médico, convirtiendo a la droga, que inicialmente era un gran remedio para aliviar males, en un gran mal al nivel de una pandemia. Probablemente desde ahí el discurso médico, separa al sujeto de la adicción y la adicción se vuelve una entidad independiente.

Por otra parte, nos preguntamos por qué se tienen noticias de abusos a sustancias hasta después del siglo XVIII, y creemos que se debe a que hasta esa fecha se amplió el conocimiento científico y las drogas entraron al campo de la medicina, lo que generó una masificación de las drogas y entonces cualquier persona podía probarlas, además de que eran muy recetadas por los médicos para aliviar enfermedades que se desconocía en aquellos años.

Al estar tan expuestas y con gran facilidad de obtención, la gente podía conocerlas y probarlas, lo que resultaba fascinante debido a los efectos de las drogas. Estos efectos eran la razón principal por la que las personas no querían dejar de consumir, con las drogas buscaban obtener satisfacción y evadir su realidad, por supuesto también coexistían los problemas fisiológicos, es decir, los daños en el organismo, sin embargo, volvemos a mencionar que ese nunca ha sido el verdadero conflicto, sólo una consecuencia.

Al respecto, Rafael Ernesto (1993) comenta:

La ruptura del hábitat natural de las drogas, casi todas actualmente ilegales pero de efecto psicotrópico significativo, ha sido consecuencia inmediata de los avances de la ciencia moderna, ante todo de la electrónica, lo cual ha facilitado la comunicación entre los hombres en todas sus formas, incrementando la velocidad de movilización y reduciendo el espacio físico. (pág. 103)

Y de este modo, Bodino (2001) explica la exacerbación del fenómeno de las adicciones:

El hiperdesarrollo del primer mundo, con su carga de insatisfacción y alienación, alimentó a un ejército de consumidores que buscaron en las sustancias experiencias imposibles de hallar en la vida cotidiana. También ellas fueron el refugio de los débiles y enfermos, y victimizaron a jóvenes arrastrados por modas circunstanciales. En los países subdesarrollados, la frustración y la falta de perspectivas, entre otras muchas causas, siguen

Y si, concordamos con estos autores, tal como lo describen Bodino y Rafael Ernesto, el primer cambio en la construcción del discurso de las adicciones fue provocado por el mayor conocimiento sobre la ciencia, lo que llevó al hombre a procesar las plantas, árboles y demás cosas, obtenidas de la tierra, haciéndolas capaces de producir efectos mucho más potentes.

Sin embargo, es cierto que las drogas dejaron de consumirse para abusar de ellas, en gran parte, por el avance de la civilización que contribuyó a su difusión en todo el mundo, pero existe otra parte que también debemos considerar, y son las cuestiones políticas de aquella época que llevaron a que la gente a utilizar drogas.

Pero más allá de todo lo que hemos mencionado, consideramos que la razón principal del abuso de las drogas y de la adicción, surgió por algo que no es nuevo y que no debería sorprendernos, la naturaleza de los seres humanos está destinada a evitar el sufrimiento y a desear la satisfacción total, tratamos de negar realidades insoportables, evadir situaciones desagradables, queremos olvidar, y un efecto importante en cualquier droga es justo la evasión de la realidad, “transportarse a otro mundo”, a otra realidad, mediante los estados alterados de conciencia o estados alucinatorios que provoca.

1.2 De remedio científico a enfermedad global: La construcción de un discurso médico para la adicción

A partir del momento en que las drogas dejan de consumirse para abusarse de ellas, la medicina se ve forzada a construir un discurso y una teoría para la adicción, debido a que comienza a convertirse en una enfermedad, los médicos necesitan entender y atender, surgen investigaciones y crean tratamientos con los cuales intervenir, basados en su discurso. Sin embargo, la medicina construye su discurso con base al ya propuesto, por lo que las

intervenciones son limitadas, por tal razón, no debe sorprendernos que las adicciones no sólo no se hayan extinguido, sino que hayan ido creciendo.

Y justamente por esta idea de enfermedad naciente, el concepto de adicción despertó mucho más interés en los médicos, buscaban una solución a dicha enfermedad, además se dedicaron a investigar las propiedades de las sustancias naturales para aplicarlas al tratamiento de enfermedades, e incluso para entender los mecanismos de acción de algunos trastornos mentales.

Es así como surge la disciplina de la farmacología:

En los albores del siglo XIX se observaron los inicios de lo que al transcurrir de unos cuantos años sería la farmacología en el sentido moderno del término, es decir la farmacología del aislamiento y principios activos. (Tapia-Conyer, R., 1994, pág. 13)

Las investigaciones permitieron descubrir una gran cantidad de compuestos químicos que actúan sobre el sistema nervioso central, ya sea relajándolo, excitándolo o bloqueando las sensaciones de dolor. (Bodino, C., 2001, pág. 12)

La mayoría de las drogas empleadas actualmente en el tratamiento de las enfermedades mentales, eran desconocidas para la ciencia a finales del siglo XX. Los avances científicos hicieron posible aislar de los vegetales aquellos compuestos activos que realmente provocan un efecto sobre el cuerpo, y, a partir de ellos, desarrollar drogas sintéticas en laboratorio, que imiten los mecanismos de acción de las naturales pero que sean más potentes o no causen tantos efectos colaterales adversos. (Ibíd.)

Para aplicar las drogas adecuadas en cada enfermedad, los científicos necesitaron, primero, conocer el modo de acción de los compuestos y el lugar del sistema nervioso sobre el que actúan. El campo de la farmacología es el encargado de realizar este tipo de determinaciones, recurriendo al suministro de drogas de manera controlada, generalmente en animales de laboratorio, con el fin de evaluar los mecanismos de acción y definir las dosis necesarias para lograr los efectos deseados (Ibíd.)

El siguiente cambio en el discurso habría de surgir cuando las drogas cambian de un entorno mágico-artificial a un entorno médico, es decir, dejan de tener propiedades mágicas y

desconocidas para convertirse en sustancias químicas que podían beneficiar a la humanidad y se utilizan como medicamentos. Todavía a estas alturas la droga es vista como un objeto “bueno”, se obtienen cosas positivas de ella.

En los años sesenta y gracias a los procesos artificiales para obtener propiedades químicas de los hongos alucinógenos, se comenzó a realizar investigación psicológica de una sustancia llamada LSD, descubierta en 1938 por el químico Albert Hofmann.

Al respecto, Rafael Ernesto describe como de acuerdo a las teorías médicas-psicológicas que se tenían en aquella época, se iniciaron métodos de investigación con LSD o alguna otra sustancia que tuviera características alucinógenas en hospitales psiquiátricos y, en general, en el campo de salud:

El consenso teórico estaba basado en los aportes de Freud acerca del origen de la patología mental, según lo cual, las grandes enfermedades de índole psicológico, tales como la esquizofrenia, serían el resultado de una detención del proceso de crecimiento del desarrollo de la mente, la cual haría estacionar a lo largo de su evolución, de acuerdo a los obstáculos presentados por cierto tipo de traumas [...] Freud refirió estas formas de detención del crecimiento como fijaciones, las cuales serían responsables durante la primera infancia de muchos de los trastornos futuros de la mente, como si el tiempo se hubiese quedado fijado, sin acontecer, lo que obligaba a los pensamientos infantiles no sólo a invadir la mente como fantasmas de otra época, sino también y ante todo a dominar la lógica del pensamiento adulto. [...] Los investigadores de aquella época preconizaban que si ayudaban a la mente a regresar, mediante el uso de “drogas enloquecedoras” como el LSD o la psilocibina, a más allá del punto de fijación, podrían entonces arreglarse los estragos del supuesto trauma infantil causante del conflicto, facilitando entonces a la mente la posibilidad de seguir un nuevo curso que permitiese alcanzar la normalidad. (Ernesto López, R., 1993, pág. 27)

De hecho Rafael Ernesto López, médico psiquiatra y psicoanalista, fue residente del “Allan Memorial Institute”, en Montreal Canadá entre 1960 y 1964, y es ahí donde observa toda la experimentación con pacientes psiquiátricos y lo describe de la siguiente manera:

Bautizaron una metodología terapéutica con el sugestivo nombre de <depatterning>, o sea romper los patrones, fracturar y desorganizar la personalidad mediante el uso de cualquier medio, para luego permitir el “sano progreso” de las fuerzas de la mente hacia una salud completa, un juicio que sólo atendía a un sentido hipotético, por cuanto el intento en basarse en una experimentación con pacientes, no sólo resultaba absurdo e ineficaz sino ante todo terriblemente cruel. (Ibíd.)

Debido a toda la investigación médica y al incipiente desarrollo de la farmacología, muchas sustancias químicas se usaron indiscriminadamente para tratar de curar toda clase de enfermedades, se probaron como medicamentos y poco tiempo después iniciaron los abusos.

Durante esos años el abuso a medicamentos comenzó a difundirse en todos los países, hasta la época actual, donde la adicción a los psicofármacos es un grave problema, tanto que existe una subclasificación solamente para el abuso de medicamentos.

Así por ejemplo, de los barbitúricos se conoce bien la intoxicación aguda como intento de suicidio, pero también han estado de “moda” como abuso crónico.

Igualmente por su uso médico se conoció a las anfetaminas:

Mucho más difundida es la adicción a la anfetaminas. Estas fueron introducidas en medicina en 1935 para el tratamiento de la narcolepsia por Prinzmetal y Bloomberg, y pronto se transformaron en fuente de abuso. Se les usó durante la guerra para aumentar el rendimiento y disminuir la fatiga de los soldados. De ahí se propaga. Era habitual su uso entre quienes manejaban por la noche, por los estudiantes en vísperas de exámenes o por las niñas que deseaban adelgazar. (Fernando Rey, 1998, citado en Musacchio de Zan, 2000, pág. 48)

Como podemos notar, desde los antecedentes de las drogas, encontramos coincidencias entre las adicciones y el sueño.

Por otro lado, hay una clase de sustancias que producen efectos alucinatorios, como los hongos que hemos venido revisando, pero que tienen una historia corta en comparación con las demás drogas:

Contrariamente a la historia de cualquiera de las otras sustancias que producen adicción, los diferentes inhalantes que comparten tal característica, y que además presentan mucho mayor riesgo de daño cerebral, se distinguen por tener una historia sórdida. En comparación con la aventura en el conocimiento de drogas con rasgos heroicos o que entrañan en su uso la presencia de un desusado placer, los inhalantes caen a menudo en la trastienda del anonimato. (Tapia-Conyer, 1994, pág.16)

El thinner y más tarde los cementos y las resinas, hacen su aparición de una manera velada en el siglo XX, iniciándose el consumo por los años veinte, para recrudescerse en razón de situaciones sociales de marginación y falta de oportunidades para la vida, acrecentadas por la gran migración de campo a las diferentes áreas urbanas a partir de los años cincuenta. (Ibíd.)

Es que, en los últimos veinticinco años [...] la producción y el comercio de la droga ha llegado a proporciones insospechadas. Las áreas sembradas de drogas, las plantas de elaboración, las redes de narcotraficantes, los miles de millones de dólares que mueve el negocio, los sistemas financieros de blanqueo de dichos capitales, las personas involucradas, han crecido geométricamente. (Fernando Rey, 1998, citado en Musacchio de Zan, 2000, pág. 48)

También han crecido los esfuerzos para su control [...] se puso alternativamente énfasis en el control de la producción y el control del tráfico, utilizando las medidas más rudimentarias hasta las más complejas. (Ibíd.)

Ya para esta época, mitad del siglo XIX y principios del siglo XX, el abuso hacia las drogas era considerado una enfermedad clasificada, había muchos casos registrados de intoxicaciones y sobredosis. A ésta enfermedad primero se le llamó farmacodependencia, más adelante entraría el término toxicomanía y finalmente, llegaría el término adicción como nombre más usado para esta enfermedad, actualmente es el término más utilizado.

Incluso hubo un tiempo en el que había muchísimas subclasificaciones por cada objeto de consumo (opiomanía, cocainómano, heroinómano, etc.), pero poco a poco se ha dejado de lado esa manera de clasificar y ahora, la adicción, se entiende como una enfermedad general, además de que el objeto adictivo no es tan importante, sino la persona.

Ahora, con el abuso de las drogas, éstas “sustancias buenas”, que al principio eran mágicas y naturales y que después tendría muchas propiedades positivas para beneficiar a la humanidad y usos médicos, se convierte justo en lo contrario. Las drogas se convierten en “objetos malos” que son capaces de hacer daño, de destruir a un sujeto, poco a poco adquieren el título de enfermedad y se convierten casi en una pandemia para la humanidad, por eso se deben buscar remedios para atacarlas. Aquí está el tercer cambio dentro del discurso de la adicción (del gran remedio a un gran mal), es este el cambio más importante para su construcción.

Y si estas sustancias que curaban se habían convertido en veneno, se tenían que encontrar teorías y métodos para solucionar la enfermedad, es así como la medicina va construyendo el concepto y su discurso, proponiendo diferentes definiciones para explicar qué pasaba.

El ámbito donde se intentó homogeneizar el fenómeno de la droga y la toxicomanía fue justamente el médico. El propósito de este esfuerzo era encontrar la definición más clara posible que pudiera facilitar la tarea de la legislación y de la intervención médica.

A partir de esta homogeneización fue creada la definición y primer título de esta enfermedad: farmacodependencia, propuesta por la ciencia médica en 1950 y que dio explicación a todo abuso de sustancias. Esta definición introduce la idea de interacción entre un organismo y un medicamento.

Y de ahí en adelante comenzaron todas las explicaciones y definiciones médicas de la adicción.

En 1957 el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud aprobó las siguientes definiciones:

Toxicomanía: Estado de intoxicación periódica o crónica generado por el consumo reiterado de droga (natural o sintética). Sus características principales son:

1) Un deseo invencible o necesidad de seguir consumiendo la droga y de procurársela por todos los medios.

2) La tendencia a aumentar la dosis.

3) Una dependencia de origen psíquico y generalmente físico en cuanto a los efectos de la droga.

4) Efectos nocivos para el individuo y la sociedad (Vera, 1988, pág. 30)

Hábito: El hábito resulta del consumo reiterado de una droga, sus principales características son:

1) Deseo (no obligación) de seguir consumiendo la droga debido a la sensación de bienestar que genera.

2) Nula o escasa tendencia a aumentar la dosis.

3) Cierta dependencia psíquica respecto de los efectos de la droga pero ausencia de dependencia física, y por consiguiente de síndrome de abstinencia.

4) Efectos perjudiciales que, si existen, conciernen sobre todo al individuo (Ibíd.)

Sin embargo, este Comité recomendó sustituir en 1965 los términos toxicomanía y hábito por el de dependencia respecto a la droga. La definición internacional que se aprobó fue la siguiente:

Estado psíquico y a veces también físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por modificaciones de la conducta y otras reacciones que siempre comprenden una pulsión que lleva a tomar el medicamento de modo continuo o periódico para provocar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar de su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. El mismo individuo puede depender de varios medicamentos. (Vera, 1988, pág. 31)

Paralelamente a esta definición, la OMS define el abuso de medicamentos del siguiente modo: “Un uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible o sin relación con su empleo médico aceptable.” (Ibíd.)

Vemos como la noción de farmacodependencia usada en aquellos años excluye al sujeto de su acto y de su responsabilidad. El tipo de pensamiento que circulaba en aquella época era

causalista <Los tóxicos son la causa de las alteraciones de la mente>, lo llamativo es que aún con lo avanzado de nuestra época, éstas ideas causalistas siguen existiendo.

Todas estas definiciones propuestas por el discurso médico nos llevan a la separación entre el tóxico y el sujeto, es ahí donde se pierde al sujeto, la adicción entonces se vuelve una entidad independiente, como si sólo se tratara de una conducta o de un estado. Justamente son los discursos científicos, morales, médicos, jurídicos, sociales, etc., quienes dan origen a la construcción del discurso toxicomanía, como un ente separado. Esto se duplica en otros discursos como los familiares, el del vecino y hasta el del médico del sujeto con adicción. Son éstos discursos los que eligen al representante de la entidad (al adicto).

Al mismo tiempo, éste discurso creado de “flagelo social”, es decir, de culpa y de separación del acto, lo adoptan bien los sujetos con adicción, desplazando la responsabilidad a su objeto adictivo, es como si la sociedad fuera una madre que debe sostener al sujeto con adicción y que debe responsabilizarse por su acto, sin embargo, no se ha pensado que la misma sociedad se vuelve tóxica para el sujeto y refuerza los efectos de este fenómeno.

Ahora, no solamente la sociedad refuerza este fenómeno, también los médicos lo hacen desde su discurso. Para los médicos las drogas tienen un cierto “saber” del que hay que apropiarse, de manera inconsciente, vuelven a la sustancia o a cualquier conducta adictiva, omnipotente, anulando la perspectiva del sujeto.

Nosotros consideramos que, tal vez, lo más importante para que la adicción se haya convertido en un ente separado del sujeto, es que la medicina da un diagnóstico de enfermo, vale decir, una etiqueta, un saber para el médico sobre el sujeto, pero que vuelve ignorante a ese mismo sujeto y así se desprende de la responsabilidad de sus propios actos.

El diagnóstico brinda una identidad falsa, el sujeto ya no tiene nombre, ahora es el “enfermo”.

Al respecto Mannoni (1976) señala que:

El hecho de formular un diagnóstico psiquiátrico desaloja entonces al enfermo de su posición de sujeto, lo somete a un sistema de leyes y de reglas que escapan a su comprensión e inaugura así un proceso que desembocará lógicamente en medidas de segregación. (pág.22)

Es decir, a partir de la queja de un paciente, el médico responde haciéndose cargo de la queja mediante el diagnóstico, que además de eliminar responsabilidad, sirve para aislar al sujeto del resto de la sociedad.

Como hemos revisado, lo que ha generado el crecimiento en el problema de adicciones, es la evolución de la cultura, no han cambiado las drogas en sí mismas, sino su utilización. Es importante destacarlo porque pareciera que el discurso médico intenta decir que la pura sustancia y sus propiedades químicas son capaces de generar grandes cambios, tanto en el sujeto como en la sociedad, como si las drogas (el objeto) fueran una entidad viva a la que se le puede achacar todo el problema, y si esto fuera así, bastaría con medicamentos y control fisiológico para solucionar el problema.

En el mismo sentido, si las propiedades químicas fueran lo más importante, actualmente no tendríamos problemas de adicciones con objetos que no son sustancias químicas, como por ejemplo, la adicción al Internet o la dependencia a una persona. No es el objeto adictivo lo que debe preocuparnos, el objeto elegido para abusar de él es sólo una consecuencia de un mal funcionamiento psíquico individual, que terminará por afectar no sólo al individuo, sino también a la sociedad.

Las ideas alrededor de las drogas han ido cambiando junto con los contextos de las sociedades, el abuso surgió por lo que pasaba y pasa en el interior de un sujeto, y ha ido en aumento por la disponibilidad de los objetos y la cultura.

Como en todo fenómeno se deben tomar en cuenta todos los aspectos (médico, moral, social, jurídico, etc.), de esta manera podemos atacarlo eficazmente y encontrar soluciones adecuadas. Sin embargo, no hay un discurso homogéneo de la adicción, el discurso médico

comete errores al ver este fenómeno desde una perspectiva, o por lo menos, darle mucho más peso a cuestiones físicas, es reduccionista al hablar sólo en términos biológicos y de síntoma, y descuidar otros aspectos importantes. Este reduccionismo en su discurso, es casi como señalar que cambiando el ambiente se van a acabar los pacientes con adicción.

Algo similar señala Eduardo Vera, al decir que el discurso médico está influenciado por las ideas ya escritas sobre adicción, que no propone nada nuevo, lo que genera que sea un discurso erróneo.

Lo que queremos destacar es precisamente el hecho de que el concepto mismo de toxicomanía forjado en el seno del discurso médico es ya de por sí un tipo particular de lectura de la realidad en función de una concepción teórica. En la medida en que no hay observación inmediata de realidad, sino que por el contrario toda observación está mediatizada por las ideas que ya tenemos. (Vera, 1988, pág. 28)

Y ya que el concepto de enfermedad está totalmente construido y los médicos ya han construido su discurso sobre las adicciones, es momento de pasar al último apartado de este capítulo.

1.3 De remedio científico a entidad autónoma: La construcción del discurso psicoanalítico para la adicción

En la época moderna, con el concepto bien desarrollado de la adicción y habiéndose construido el discurso de toxicomanía como enfermedad y el mal del siglo XX, se intentaba detener el problema a todos niveles, pero sobre todo el área de la salud, justamente por este título de enfermedad, era la más interesada en intervenir, incluida por supuesto, la psicología y el psicoanálisis.

A partir de ese momento, la adicción se pudo ver como una enfermedad emocional y se entendió su carácter psicológico como algo fundamental. Fue así como la psicología y el

psicoanálisis, se interesaron y cobraron importancia para explicar este fenómeno, construyeron su discurso y una teoría, en la que basaron sus tratamientos terapéuticos que arrojaron algunos resultados positivos.

Antes de continuar, nos gustaría aclarar un punto acerca del discurso médico, de él que hemos venido hablando. Con discurso médico nos referimos a toda teoría médica, psiquiátrica y psicológica, ya que la psicología esta inherentemente ligada al área médica. Es importante señalarlo porque en este apartado introduciremos otro tipo de discurso, que aunque entra dentro del área de la salud, es un discurso diferente al médico y psicológico.

Para comenzar hablar del discurso psicoanalítico de las adicciones, citaremos a Héctor López (2003):

La cuestión de las sustancias químicas está presente desde la prehistoria del psicoanálisis, en los dos textos de Freud sobre la eficacia del clorhidrato de cocaína contra el dolor orgánico y reaparece constantemente en su obra, ubicada en la serie de las soluciones contra el malestar. (Pág. 15)

Es decir, la adicción ha estado desde los inicios del psicoanálisis y desde siempre le ha preocupado buscar una solución alterna a las propuestas por la psicología y la medicina.

A lo largo de los años el psicoanálisis ha creado su propio concepto de adicción y también ha creado un discurso, tomando en cuenta todos los aspectos del fenómeno, tanto las cuestiones sociales y éticas, como las cuestiones médicas y biológicas.

El discurso psicoanalítico puede estar influenciado por los demás discursos, incluso compartir ideas con ellos, sin embargo, se diferencia en un punto fundamental, y es en la importancia del sujeto y su psique en una patología, es decir, la adicción es una patología que genera el sujeto y no el objeto, es responsabilidad de él y no del otro.

Coincide con otros discursos en el síntoma, la adicción es un síntoma pero que disfraza a una enfermedad más profunda con la que también va a intervenir. Al psicoanálisis no le basta simplemente con eliminar el síntoma, averigua de su origen.

Desde este enfoque, distintos autores han descrito y definido a la adicción, dejándonos ideas claras sobre cómo se ha observado a la toxicomanía.

Una comprensión y definición psicoanalítica [para la toxicomanía] ha sido intentada desde Freud (1930), Glover (1932), Simmel (1929), Fenichel (1945), y más recientemente, Weider y Kaplan (1969), Kalina y Kovadloff (1978), Kristal y Rasquin (1970), Wurmser (1974); todos ellos coinciden en explicarla como un mecanismo de automedicación ante sentimientos de frustración, desilusión, vergüenza, rabia depresión y angustia. Otros argumentan la necesidad de una regresión a estados previos del desarrollo ligados a la búsqueda de satisfacción temprana, tales como Rado (1933) y Savit (1966); o quizás como una forma de suicidio o predominio del instinto de muerte: Menninger (1938), Pescor (1940), Cantor (1968), Litman y col. (1972) y Gertle (1972). Todos estos autores parecieran compartir una visión más fenomenológica que metapsicológica, salvo quizás los planteamientos introducidos por Rosenfeld en 1960, quien utiliza la teoría de las relaciones objetales para explicar el mecanismo de la adicción en una forma parecida a lo que sucede con el paciente maniaco depresivo, estableciendo que la droga es sentida como un objeto malo o un objeto muerto, el cual es incorporado con el propósito de alcanzar un estado de control omnipotente. Pero ha sido Meltzer (1974), quien ha proporcionado una mayor profundidad metapsicológica, permitiendo una comprensión más prolija, que la dinámica compleja observada en la patología del paciente drogadicto, un intento necesario en virtud de la mayor frecuencia de estos pacientes en la sala de consulta, aún a pesar de su poca analizabilidad. (Ernesto López, R., 1991, pág. 11 y 12)

Con estas definiciones y opiniones, lo primero que podemos decir es que la adicción no es una estructura nueva que establecer, no es una estructura diferente de la neurótica o psicótica, propuesta desde hace mucho tiempo por el psicoanálisis, más bien, subyacente al trastorno adictivo, existe una estructura neurótica o psicótica que se va “asomando” poco a poco, siempre y cuando, haya un trabajo terapéutico, conforme vaya desapareciendo el síntoma adictivo, aparecerán más claramente las características neuróticas o psicóticas y/o perversas.

Ahora, tal como lo plantean distintos autores, hay una organización infantil y narcisista, a nivel psíquico. En esa misma línea, la toxicomanía, es un regreso a etapas anteriores del desarrollo donde hubo satisfacción y también existe una fijación en alguna etapa donde hubo perturbación.

Algunos autores coinciden en organizaciones infantiles, otros niegan rotundamente que tenga que ver con regresiones a otros estados y piensan más bien en la teoría de los objetos como explicación única, otros más, discuten la teoría de los instintos o pulsiones de vida y muerte. En realidad, ni en psicoanálisis ni en ninguna otra ciencia, hay una condición única para que se genere la adicción, es un fenómeno multifactorial.

Desde la teoría pulsional, podemos decir que la adicción es un proceso de autoconservación, desde aquí queremos definir nuestra posición al respecto, creemos que la adicción trabaja tanto con las pulsiones de vida como con las pulsiones de muerte, sin embargo, son un proceso de autoconservación y no autodestructivo como muchos autores proponen. La adicción intenta salvar al sujeto de la locura, de una muerte psíquica, es una defensa hacia la realidad y hacia la pulsión de muerte que emerge tan intensamente en este tipo de pacientes.

Desde psicoanálisis, la adicción o toxicomanía se explica como un mal funcionamiento en el aparato psíquico (mundo interno), a consecuencia de perturbaciones en el desarrollo, provocadas por una frustrante interacción con el mundo externo. Durante los primeros años de vida, el sujeto es vulnerable e incapaz de desarrollarse por sí mismo, es sólo a través de otro que puede desarrollarse, y es ese otro quien tiene que cuidarlo mientras él puede hacerlo, además de darle herramientas para enfrentarse al mundo externo, y no sólo al mundo externo, también para interactuar con su mundo interno. El otro generalmente es la madre o el padre, las primeras relaciones significativas en la vida de un sujeto.

Y si hablamos de que es en el mundo interno (sujeto) donde se genera el problema, entonces podemos comprender porque para el psicoanálisis cualquier situación u objeto puede ser una adicción. Es el sujeto quien elige a su objeto de abuso y de descarga, lo elige de acuerdo a sus propias frustraciones y a su historia, es un objeto que está en su entorno y que se relaciona

con él íntimamente, además de tener un significado simbólico. Es así que el discurso psicoanalítico nos dice que un adicto no es solamente una persona que consume sustancias químicas, como el tabaco o la cocaína, sino que se puede ser adicto a cualquier situación, objeto o, incluso, persona.

Durante las últimas décadas y a partir de este discurso construido de toxicomanía como una entidad independiente, todos los métodos y tratamientos creados para solucionar el problema, todo tipo de intervención médica y social va en función de un objeto y se pierde de vista al sujeto.

Los tratamientos actuales con los que se interviene son breves, tienen objetivos y están llenos de limitantes, se ha optado por métodos cognitivos-conductuales porque han dado resultados a corto plazo, porque sirven para quitar un hábito de acuerdo a ciertas instrucciones.

Ahora, estos tratamientos “rápidos” han ido cobrando importancia debido a las demandas de la sociedad, hay una demanda de atención rápida y masiva, no importa lo definitivo, sólo lo momentáneo, tal vez por la gravedad y la expansión del fenómeno, prácticamente a todos niveles, socioeconómicos y culturales, se necesita de intervención. Y en efecto, después de unos meses de desintoxicación y deshabitación, el adicto deja el objeto que consumía, pero no por eso deja de ser “adicto”, porque no es una cuestión de hábitos mal aprendidos y de volver a reeducar, es una cuestión de reestructurarse internamente y eso lleva un tiempo, dependiendo del paciente y de sus herramientas psíquicas, después de unos meses o años, volverá a caer con algún objeto, puede que sea el mismo o no, pero seguirá teniendo conductas adictivas.

Es justamente por las demandas de la sociedad y esta rapidez con la que se vive, que actualmente se ha dejado de lado al método psicoanalítico como un proceso terapéutico importante para intervenir con este tipo de pacientes, incluso alguna parte de la ciencia médica y psicológica cree que el psicoanálisis es ineficaz para tratar a las adicciones. Sin embargo, consideramos que la teoría psicoanalítica y su tratamiento son los más completos para entender al fenómeno de la adicción, su discurso es objetivo, sin intenciones juiciosas, propone un cambio interno en el sujeto, no un cambio en el entorno ni en los otros, esta sería la diferencia fundamental

con un tratamiento cognitivo-conductual, lo que nos hace creer que basarnos en un discurso psicoanalítico, intervenir desde este método, nos dará resultados mucho más eficaces y duraderos.

Porque con el cambio en el sujeto, él está preparado para enfrentar los cambios en el mundo exterior (recordemos cuando hablábamos de los cambios sociales y de la evolución cultural, como uno de los elementos más importantes para que las adicciones se hayan convertido en un serio problema), un sujeto que se da cuenta de sí mismo, de su problemática y que es responsable de sus actos, es mucho menos probable que otros factores, como los cambios en la sociedad y con los otros, generen cambios en él.

Ahora, no queremos desvalorizar totalmente a los tratamientos psicológicos actuales, son eficaces hasta cierto punto y por supuesto que han dado resultados positivos, es más, muy probablemente se sigan necesitando tratamientos conductuales para comenzar con la cura de un individuo con adicción, pero la idea es no dejarlo ahí, no detenerse con esa intervención, que sabemos que es parcial y que sólo detiene al problema momentáneamente, diríamos que es una “cura de inmediatez”, debemos continuar con un tratamiento más profundo y definitivo para la cura completa, ahí es donde entra nuestra propuesta, por el momento teórica, pero que creemos que en unos años más, puede volverse un tratamiento clínico real.

Por todo esto, seguimos insistiendo en que si los tratamientos médicos y psicológicos actuales fueran una solución integral y definitiva, el problema de las adicciones no seguiría creciendo. Actualmente el consumo de sustancias es mucho mayor que en épocas pasadas y el comienzo es a edades mucho más tempranas, pero lo verdaderamente preocupante es que ya no sólo se trata de sustancias químicas, ya sean legales o ilegales, ahora las adicciones también engloban situaciones concretas u objetos, incluso personas, que generan la misma dependencia y el mismo comportamiento que una sustancia química, como ejemplo podemos citar la adicción a la comida, a los videojuegos o al ejercicio.

¿Será entonces que se han ido descubriendo “nuevas adicciones”, será que cada tipo de adicción al presentar diferentes características, merece una clasificación individual y por ello es una patología diferente?

En parte ya hemos dado respuesta a esta pregunta, pero con el siguiente capítulo lo dejaremos más claro, al hablar de la etiología de las adicciones, analizaremos las teorías psicoanalíticas propuestas hasta ahora, construiremos nuestra propia definición y describiremos sus características, para que finalmente en el cuarto capítulo, se proponga una explicación distinta de las adicciones, esto es, entender este fenómeno desde su relación con el sueño, por qué existe una relación entre ellos y cuál es esa relación, además de qué diferencias existen entre ambos.

LA ADICCIÓN

“Nadie es original en su patología”
Eduardo Kalina y colabs.

En el capítulo anterior revisamos la historia de las adicciones y a través de ella nos dimos cuenta de la complejidad de este fenómeno. Ahora sabemos que no existe una condición única para que surjan las adicciones, sino que proviene de una mezcla de distintos factores, desde biológicos y psicológicos, hasta sociales.

Al respecto, Casarino y Leonetti (1992) señalan que para contraer una adicción, es necesaria la concurrencia de por lo menos dos de los siguientes factores:

- a) un agente exterior: cualquiera objeto puede ser propenso, un objeto, una situación, una sustancia, etc.
- b) un medio facilitador: el medio sociocultural.
- c) un ser humano cuya estructura de carácter lo haga vulnerable, ya sea de manera permanente o momentánea, a causa de crisis vitales o psicológicas.

Siguiendo la idea de estos autores y conociendo los factores que proponen como causa de una adicción, surge la pregunta: qué se puede hacer ante ellos. Casarino y Leonetti consideran que es imposible anular completamente el primer factor:

(...) en mayor o menor medida la droga o los elementos o situaciones susceptibles de ser elegidos para satisfacer el fenómeno adictivo es probable que existan siempre. (Casarino y Leonetti, 1992, citado en Musacchio de Zan y cols., 2000, pág. 72)

Ellos creen que existe la posibilidad de actuar sobre el segundo factor y comentan:

Es posible crear elementos positivos en la cultura y en la sociedad que neutralicen las influencias negativas. Pero es una realidad que, tal como las

cosas están planteadas en la actualidad, somos impotentes como individuos frente a poderes que nos sobrepasan. (Ibíd.)

Nosotros, al igual que los autores, creemos que actuar sobre el segundo factor es casi imposible, pues como mencionan pueden crearse elementos positivos en las culturas y también en esta parte, nos ayudaría modificar el discurso de la adicción, sin embargo, no es la solución, sobre todo porque en una sociedad tan consumista como la nuestra, es casi imposible romper con la facilidad de obtención. Además, es muy complicado que un solo individuo o una parte de la sociedad, tenga la capacidad para detener un fenómeno tan complejo.

Para lograr cambios significativos en el segundo factor, es decir, en el medio, tendría que haber un cambio de fondo, de sistema, como sociedad y para ello hacen falta años y años de transformación. Por ejemplo, en México donde el narcotráfico ejerce un fuerte control en el país y es casi nuestro sostén económico, difícilmente podemos lograr grandes cambios sociales, pues con la pobreza en la que se vive, muchos campesinos sobreviven gracias al trabajo con las drogas ilícitas, ya que sus únicos ingresos provienen de la elaboración de sustancias psicoactivas en laboratorios, en la producción de cultivos y en su distribución.

Ante este panorama, ¿Qué nos queda? ¿Cómo podemos intervenir? Podemos comenzar a trabajar a nivel individual y de ahí partir, tal como lo explica el autor:

Es en el nivel del ser humano individual, de la persona y de su medio inmediato, la familia, donde creemos que se nos ofrece la posibilidad de intentar el desafío de una activa e intensa acción preventiva, mediante la investigación de las condiciones que protejan a los seres humanos y por consecuencia a la sociedad, del riesgo de enfermar. (Casarino y Leonetti, 1992, citado en Musacchio de Zan y cols., 2000, pág. 72)

Justo es en este nivel, a nivel sujeto, donde el psicoanálisis puede actuar, tanto en la prevención como en la recuperación. Veamos entonces, cómo explica el fenómeno de las adicciones.

Dentro del marco psicoanalítico, la adicción es una consecuencia de perturbaciones en los primeros años de vida y expone como causas principales el vínculo frustrante con la madre, un medio ambiente frustrante, una organización infantil y con escasos recursos yoicos, entre otras.

La primera definición que encontramos de la adicción en psicoanálisis es:

(...) una conducta en términos de fijación libidinal con regresión a niveles pregenitales, orales o aún más arcaicos del desarrollo psicosexual, privilegiando el estadio oral y la patología narcisista. (García Badaracco, 1992, pág. 151)

Así, algunos autores explican a la adicción como sustituto para el dolor; otros, como un proceso de destrucción versus un proceso de conservación; ciertos autores le dan más peso al vínculo con la madre; y otros más, consideran que lo más importante son las pulsiones.

Es decir, no existe un consenso entre los psicoanalistas para definir a la adicción, suele discutirse para llegar a un acuerdo, o para saber cuál autor o qué teoría tiene la razón. En nuestra opinión, la adicción se define por todo esto y aún más, no es que una teoría sea incorrecta y la otra correcta, más bien todas explican el fenómeno desde diferentes ángulos y todas aportan cosas interesantes.

Nuestra posición al respecto, la idea que tenemos y a la cual nos apegamos, es que la adicción es una defensa en contra de lo insoportable de la realidad y utiliza a la fantasía como mecanismo de defensa, es un trastorno que primero niega la realidad y luego crea mundos alternos en donde el dolor pueda ser tolerable, esta es la primera conexión con el sueño. En el sueño también se niega a la realidad y sirve como defensa dentro de la psique, más adelante revisaremos esta idea.

La adicción surge como una especie de síntoma crónico y cubre a una patología más profunda. Consideramos que el trastorno adictivo es una patología superpuesta, ya sea a una estructura neurótica, psicótica, una estructura perversa, o como en la mayoría de los casos, una combinación de estructuras psicóticas y neuróticas.

La cuestión de una patología superpuesta viene al caso para advertir que las adicciones no son una nueva patología a clasificar como muchos autores plantean (de hecho ya habíamos hablado de ello en el capítulo anterior) y mucho menos una nueva estructura mental, creemos que es una enfermedad que surge para “tapar” alteraciones más graves, como un síntoma, que por supuesto hay que tratar, pero que después de ser eliminado, debe seguir tratándose para “arrancar” los problemas de raíz.

Ésta estructura de la que hablamos y que se esconde detrás del funcionamiento adictivo es una organización muy primitiva e infantil, incapaz de permitir el progreso del paciente, es como si al “rascar” un poquito dentro de la psique, se cayera la capa superficial (lo adictivo) y “aparecieran” las capas más profundas, las verdaderas (desorganización y ansiedades psicóticas). En ese sentido, un tratamiento psicoanalítico sería el ideal para este tipo de pacientes, ya que nos ayudaría a encontrar los verdaderos conflictos inconscientes, detrás del síntoma crónico adictivo.

En esta misma línea de pensamiento se encuentra el autor Badaracco (1992), quien en su libro “Compendio de Adicciones”, menciona que con los nuevos descubrimientos en las ciencias y el estudio más profundo del Yo, se han encontrado datos sobre trastornos más profundos, subyacentes a la patología de las adicciones:

(...) La necesidad de explicar la relación entre abuso de drogas y defensas, control de impulsos, trastornos afectivos y mecanismos adaptativos, ha llevado a formulaciones más dinámicas centradas en la psicología del yo, indicando profundos trastornos. (pág. 151)

Ahora, si pensamos que en el fondo todas las personas que presentan una adicción tienen estructuras psicóticas y neuróticas, la idea de Kernberg, quien dice que los adictos a menudo buscan aquella droga que les produzca efectos específicos de acuerdo con la organización de su personalidad, cobra mucho sentido.

Kernberg explica cómo cada tipo de personalidad busca algo distinto en el acto adictivo, y cómo esta búsqueda va en función de la personalidad, vale decir, de su estructura:

(...) Un tipo de personalidad sería la depresivo-masoquista, en pacientes que presentan un sentido de destrucción o pérdida de las relaciones objetales de su mundo interno. Recurren a las drogas para superar su sensación de vacío y al mismo tiempo euforizarse. Las drogas les producen bienestar interior, la sensación de ser queridos y poder ser afectuosos ellos mismos". (Citado en García Badaracco, 1992, pág. 151 y 152)

(...) Un segundo tipo de personalidad sería aquella presente en pacientes con experiencias de fragmentación del self [yo], de la representación interior del otro y de sus afectos. A menudo son personalidades esquizoides que recurren a las drogas para adquirir la sensación de organización o reconstrucción del self". (Ibíd., pág. 152)

(...) Un tercer tipo de personalidad narcisista, es aquel que usa drogas como sustituto de las relaciones interpersonales o para poder controlar su entorno. Las drogas les producen una sensación grandiosa de control y los ayudan a mantener su sentido de superioridad sobre los otros. Este grupo puede ser de muy difícil tratamiento, especialmente aquellos con características paranoides. (Ibíd.)

En todas estas definiciones que plantea Kenberg, encontramos que la adicción se ocupa como mecanismo de defensa hacia algo que hace daño, ya sea como en el primer tipo de personalidad para llenarse de "objetos buenos" que satisfagan, es decir, que la droga es un objeto que da bienestar físico y emocional; o como en el segundo tipo de personalidad en donde la droga ayuda a construir al sujeto, como si el objeto adictivo le diera fuerza al Yo; o como en el último caso donde la droga es un medio de control hacia el mundo exterior. En cualquier tipo de personalidad existe la idea de reparación y de salvación ante un dolor intolerable.

Y sí, concordamos con Kernberg, el tipo de estructura que domine la mente, es la que actuará, finalmente, en el acto adictivo, es la que dicta el objeto de adicción y el ritual para ello.

Como podemos ver, algunos autores psicoanalíticos, al igual que nosotros, creen que el problema de las adicciones radica en estructuras más profundas y arraigadas, es por eso que ha llegado el momento de construir nuestra propia definición de adicción.

La adicción es un acto inconsciente realmente, en el sentido de que las ideas, pensamientos o motivaciones que llevan a realizar este acto o conducta, el individuo no las conoce ni las comprende, llegó a ese lugar de “adicto” solamente para evadir el dolor. Entonces, la adicción además de ser inconsciente, es un mecanismo de defensa contra la realidad, vale decir, un proceso de autoconservación, también un síntoma crónico como hemos dicho, que intenta cubrir conflictos mucho más graves.

Ahora, eso que llamamos “lo inconsciente del acto” y que hace que el individuo con adicción desconozca el origen de su enfermedad, es un contenido reprimido dentro del inconsciente y se expresa como síntoma, debido al conflicto que existe dentro de la psique.

Por otro lado, las personas con adicción no tienen un aparato psíquico lo suficientemente fuerte para tolerar la frustración o cualquier sensación desagradable, al menos no sin la necesidad de un objeto (sustancias, situaciones, personas, etc.); al contrario, poseen una organización primitiva e infantil, generalmente se debe a frustraciones en el mundo externo, además de que no desarrollaron los procesos adecuados en su mundo interno, así surgen alteraciones desde las primeras etapas de la vida.

En etapas ulteriores de la vida, generalmente en la adolescencia, esos procesos ya no alcanzan para interactuar con el Otro (mundo externo en general), lo que lleva otra vez a la frustración, la cual no podrá tolerarse y desembocará en un derrumbamiento del mundo interno. Es así que poco a poco se va instaurando la patología de la adicción, como un mecanismo de defensa en contra del mundo externo, de lo intolerable y en contra del propio mundo interno que se vive como un “enemigo”.

Cuando hablamos de que no se desarrollan procesos adecuados en estos individuos y que son generados por la frustración del mundo externo, también debemos mencionar que no es el único factor, existen otros factores. Uno de ellos es la condición de vulnerabilidad al nacer, gracias a esta fragilidad, cualquier evento dentro del mundo interno o externo puede alterar el funcionamiento psíquico, o como expuso Freud: ya que el aparato psíquico no está establecido por

completo, más bien se está desarrollando, cualquier estímulo intenso puede generar un <trauma>, es decir, el bebé nace en una condición de vulnerabilidad y es ella la que provoca perturbaciones.

Al respecto, Badaracco coincide en la vulnerabilidad como factor de perturbaciones, él la llama “la condición de indefensión con que nacemos” y la explica como una condición de escasos recursos yoicos y señala que:

(...) el crecimiento psicoemocional es, entre otras cosas, un desarrollo de recursos yoicos que se constituyen a través de experiencias vitales. (García Badaracco, J., 1992, pág.158)

Al seguir la idea de Badaracco, donde no tenemos recursos yoicos al nacer o que existen muy pocos, nos preguntamos, en qué momento se establece el Yo⁴ y cuáles son sus funciones.

Como sabemos, es en los primeros años de vida que la mente de un individuo se forma, durante esta época se construye el mundo interno y se establecen las instancias psíquicas (Ello, Yo y Superyó) que nos darán los mecanismos para defendernos de cualquier amenaza.

Hablando específicamente del Yo, y contestando la pregunta que realizábamos hace un momento, el bebé tiene que desarrollar su Yo, pues es como si estuviera “vacío”, una hoja en blanco que se va “llenando” y es la madre o el cuidador primario quien proporciona al bebé la ayuda para crearlo, “le presta” su Yo para que pueda formar el propio. Por esta razón es fundamental que la madre cuente con un mundo interno sano y fuerte, sin alteraciones ni patologías para poder soportar las demandas del bebé.

Si pensamos en un bebé, él no tiene la capacidad de lenguaje ni de pensamiento, por tanto la única manera de expresar sus estados es por medio de actos, cada vez que percibe sensaciones desagradables como hambre o miedo, llora (ese es el acto), así se calma y comunica

⁴ Cabe señalar que en la presente investigación, hablaremos del Yo solamente como una instancia psíquica y desde el enfoque de Freud principalmente, aunque en algunos momentos tomaremos ideas de Melanie Klein, sin embargo, no abordaremos las ideas ni el enfoque de Lacan.

al medio sus necesidades. Al igual que los bebés, los adictos no pueden expresar sus emociones por el lenguaje, lo hacen a través de un acto, así también comunican. Además, es en las primeras etapas de la vida donde el bebé se siente más seguro y cree haber encontrado mayor satisfacción y menor frustración. Y justamente, un sujeto con adicción busca protección y menor frustración, por eso ocupa al objeto adictivo cada vez que hay estados afectivos intensos, estados que causan dolor psíquico. Las personas con adicción no pueden elaborar emociones mediante el lenguaje, por tanto sustituyen esa capacidad con el acto adictivo. Es por esto que se habla de la adicción como un estado regresivo, es decir, se intenta regresar a las primeras etapas del desarrollo.

Por otro lado, Melanie Klein cree que el Yo es una estructura que existe desde que el bebé nace, es una instancia totalmente desorganizada y frágil pero ahí está, es necesaria para generar fantasías inconscientes que existen desde que se nace y sirve también para sentir ansiedad y para utilizar los mecanismos de defensa.

Ella dice que desde el comienzo de la vida existen ciertas estructuras yoicas y funciones vinculadas a ellas como son la percepción, la capacidad de establecer huellas mnésicas, etc. El Yo desde el comienzo tiende a integrarse, a organizarse, sin embargo, puede ocurrir, debido al impacto de los instintos y de una ansiedad intolerable, que esta tendencia pierde toda efectividad y se produzca una desintegración defensiva.

A diferencia de Melanie Klein, Freud nunca habla de un Yo como tal. En las primeras etapas del desarrollo menciona algunas de sus funciones y la capacidad de una relación objetal, por lo menos de manera parcial, pero para él, el Yo no existe al nacer, más bien estamos “vacíos” y se tiene que ir construyendo poco a poco.

Cabe señalar que en este caso y para entender la etiología de la adicción, nos apegaremos al concepto Freudiano, es decir, el Yo no existe al nacer y se tiene que ir construyendo.

Ahora, para que el Yo crezca, se necesita, además de procesos internos, la relación que se establece con el mundo externo, con mundo externo nos referimos, tanto al ambiente, como a

todas las personas que están cerca del recién nacido (el Otro desde psicoanálisis). Como el bebé es un ser totalmente indefenso, necesita forzosamente de otro para sobrevivir, por tanto, es el Otro quien en un principio siembra las bases del mundo interno. A través de la relación que exista entre ese bebé y el Otro, se desarrollará su mundo interno, ya sea de manera sana o con insuficiencias. En la mayoría de los casos, el primer “Otro” es la madre.

Si se permite realizar una analogía al respecto, el bebé es como una esponja que todo lo absorbe, va a guardar (introyectar) todo lo que la madre esté dispuesta a darle y aún más, todo lo que él observe. Por eso, una de las funciones más importantes que debe transmitir la madre es el cuidado y el amor y lo hace a través de su cuidado para con él, el bebé introyecta la función de cuidado materno y después la convertirá en autoestima, aceptación, etc.

Es la madre quien va a enseñarle el amor propio, es a ella a quien se tomará como ejemplo para actuar más adelante, es decir, el bebé se identificará con la madre y con sus acciones y sólo así se convertirá en otro y obtendrá identidad propia, ya que al comienzo no tiene identidad propia, ni se siente como otro ser diferente de la madre.

Tener una identidad propia y diferenciarse es fundamental para cualquier individuo sano, esa identidad se irá construyendo en los primeros años y se consolidará en la adolescencia. Para que esto ocurra, se necesitan de los procesos de internalización adecuados, es decir, que el bebé introyecte y después se identifique. En resumen, debe construir a su Yo.

Al respecto Kernberg dice que:

La introyección es el nivel básico más temprano y primitivo de los procesos de internalización. Es la reproducción y fijación de una interacción con el medio, a través de una conjunción organizada de huellas mnésicas en la que participan por lo menos tres componentes: 1) la imagen de un objeto, 2) la imagen del sí-mismo en interacción con ese objeto y 3) el matiz afectivo de la imagen objetual y de la imagen sí-mismo bajo la influencia del representante instintivo actuante en el momento de la interacción. (...) La introyección depende de la percepción y la memoria, o sea de funciones autónomas primarias. (Kernberg, O., 1976, pág. 25)

Es decir, con la introyección se comienza a separar los objetos del sí mismo, el bebé comienza a relacionarse y darse cuenta de su alrededor y, por supuesto que para que suceda, se necesitan funciones del Yo.

Ahora, debemos decir que en las primeras introyecciones no existe diferenciación entre objeto e imagen de sí mismo o, la llamada, autoimagen, pero poco a poco se dará, alrededor de los tres meses de edad, un bebé puede diferenciar entre él y el objeto.

Por otro lado, el matiz afectivo de la introyección es un aspecto esencial de ésta, Kernberg llama valencia a esta carga afectiva y nos dice:

Las introyecciones que tienen lugar bajo la <valencia positiva> de gratificación del impulso libidinal, como es el caso en el contacto amoroso con la madre y bebé, tienden a fusionarse y a organizarse formando “el objeto interno bueno”. Las introyecciones que tienen lugar bajo la <valencia negativa> de derivados de instintos agresivos tienden a fusionarse con introyecciones de similar valencia negativa y se organizan formando “los objetos internos malos”. (Kernberg, O., 1976, pág. 26)

Es por estas valencias “buenas” y “malas” que desde muy pequeños siempre estamos jugando en una especie de ambivalencia de afectos. Ambas son importantes porque así se forma el concepto de nosotros mismos y de las demás cosas. Debe existir un equilibrio entre ambas representaciones, si se carga más hacia el lado negativo, se verá alterada la percepción de nosotros mismos, habrá un sentimiento de poca valía; si se carga hacia el lado positivo, la percepción de nosotros mismos puede ser de omnipotencia y de delirio de grandeza.

Siendo representaciones formadas de componentes afectivos muy diferentes y que además generan sentimientos diversos (valencia positiva: bienestar, valencia negativa: enojo, tristeza), no es de extrañarse que exista una separación drástica entre ellas.

En un primer momento, la separación sólo se debe al hecho de que las introyecciones tienen lugar separadamente y el yo es incapaz de integrar introyecciones que no están movilizadas por valencias similares; en cambio más tarde la separación aparece como una respuesta ante la ansiedad,

*debido al uso activo que, con fines de defensa, hace el yo de esa separación.
(Kernberg, O., 1976, pág. 30)*

Este proceso de separación que realiza el Yo con las introyecciones es llamado mecanismo de escisión y comienza, aproximadamente, en el tercer o cuarto mes de vida, llega al punto máximo entre los seis meses y el año, y poco a poco desaparece en el curso del segundo año y los primeros meses del tercer año.

La escisión es un proceso necesario para los sistemas de identificación, ayuda a la consolidación del Yo, sin embargo, hay un punto en el que se vuelve patológico y obstaculiza el crecimiento psíquico. Ese punto tendría que ver con el inicio defensivo del Yo, pues debe protegerse de la ansiedad que generan las representaciones “malas” u objetos internos persecutorios.

Al respecto Kernberg (1976) considera que:

La escisión consiste en disociar y mantener activamente separados sistemas de identificación de valencias opuestas, independientemente del acceso a la conciencia o el control perceptual de la movilidad. En el proceso de escisión, el yo se protege de la ansiedad vinculada con los tempranos conflictos intrapsíquicos (representados por conflictos entre introyecciones de valencias contrarias) por medio de una polarización regresiva. La escisión es un mecanismo típico del yo primitivo, en el cual los sistemas de identificación no han llegado a formar organizaciones más sofisticadas, como el sí-mismo o el mundo de las representaciones; pero en casos patológicos puede persistir aun con un yo más organizado. (pág30)

En el párrafo anterior Kernberg dice que la escisión es típica del Yo primitivo y que va terminándose conforme el Yo madura, sin embargo, advierte que no siempre madura; de hecho una de las características de la adicción es un Yo desorganizado y primitivo, por eso el mecanismo de escisión persiste en estos pacientes y se vuelve patológico justamente porque es primitivo y se sigue utilizando. Normalmente la escisión debe dar paso a procesos más elaborados (como la represión) pero en estos casos no sucede, se espera que con el avance del desarrollo los procesos

mentales sean más complejos, no obstante, cuando el adicto regresa a procesos tan primitivos es en donde surge la alteración.

Ahora bien, siguiendo con los procesos identificatorios, toca el turno de hablar de la identificación. De manera cronológica, después de la introyección, sigue la identificación. Alrededor de los últimos meses del primer año de vida surgirá la identificación, que no es otra cosa que una forma más elaborada de la introyección y alcanzará su pleno desarrollo en el segundo año de vida.

La identificación es una forma superior de introyección que puede tener lugar recién cuando las capacidades perceptiva y cognitiva del niño se han incrementado lo suficiente como para permitirle reconocer los roles en la interacción personal. (...) asimismo el componente afectivo de la identificación tiene un carácter más elaborado y modificado que en la introyección. (...) La identificación es también un mecanismo de crecimiento del aparato psíquico, que puede ser utilizado con fines defensivos. (Kernberg, O., 1976, pág. 26 y 27)

Así, al final de los procesos de identificación, estará establecida la identidad del Yo, que representa el más alto nivel de organización en los procesos de internalización y el más alto nivel de organización de las relaciones objetales y también del sí-mismo (subestructura del Yo). Entonces, resumiendo:

La identidad del Yo se refiere a la organización general de las identificaciones e introyecciones, bajo el principio orientador de la función sintética del Yo. (Kernberg, O., 1976, pág. 27)

Como hemos visto hasta ahora, los procesos de identificación aportan elementos positivos pero también pueden aportar elementos negativos al desarrollo.

Al respecto, Badaracco (1992) nos dice en qué consiste una identificación patológica, y qué efectos positivos genera una identificación normal dentro el aparato psíquico.

Las identificaciones que promueven la estructuración normal del aparato psíquico contribuyen al desarrollo de recursos yoicos que servirán para abordar la conflictividad mental con la que el ser humano está llamado a

enfrentarse a lo largo de la vida [...] los recursos yoicos serán más bien prerequisites para que el yo pueda alcanzar realizaciones adecuadas. (García Badaracco, J., 1992, pág.158)

En cambio, una identificación patológica será la que

(...) incorpora al psiquismo elementos que van actuar como una presencia invasora y exigente, obligando a una reestructuración y sometimiento de las demás funciones mentales en función de esa "presencia". En las identificaciones patológicas encontramos siempre una historia de situaciones traumáticas y momentos dolorosos, es decir, de sufrimientos psíquicos intensos. (ibíd., pág.158 y 159)

De hecho, la identificación patológica es el proceso de identificación que desarrolla un adicto, como podemos observar el problema de la adicción viene desde la construcción del Yo.

Badaracco explica más a detalle cómo trabaja una identificación de este tipo:

(...) estas identificaciones patológicas van quedando disociadas y se organizan como partes escindidas de la mente (...) y deben ser mantenidas bajo control por fuertes mecanismos de defensa, lo que representa un permanente desgaste de energías necesarias para la estructuración del aparato psíquico. (...) Se constituye así un círculo vicioso. Cuantas menos identificaciones yoicas estructurantes y más identificaciones superyoicas amenazadoras, menos posibilidad de lograr una identidad propia verdadera que incluya un sí-mismo con capacidad de intimidad personal y con capacidad de estar solo. El sujeto podrá existir solamente a través de identificaciones alienantes. La personalidad "como sí" constituye un prototipo de estructura. Utilizando la metáfora de un personaje y de la persona, podemos decir que el paciente, al no poder ser persona, se constituye un personaje. Actúa como tal, en cierto modo, como si estuviera representando. (Ibíd., 1992, pág.159)

Con esta descripción, podemos decir que una persona con adicción, además de no haber construido un Yo fuerte, tiene problemas de identidad y, en la mayoría de los casos, no cuenta con identidad propia, por lo que busca identidad a través del objeto adictivo. De hecho, este prototipo de personalidad "como sí", que menciona el autor, sucede en muchos

pacientes: se vuelven actores de otras vidas o de sus propias vidas, personajes que existen dentro de su inconsciente y que representan mediante el acto adictivo.

Para ejemplificar el párrafo anterior, podemos pensar en los grupos o sectas donde une un objeto o acto adictivo. Hay un líder a seguir dentro del grupo y es fácil que se formen grupos de este tipo, que existan y que convivan, ya que esa figura de liderazgo representa la identidad buscada, por eso imitan sus actitudes y hacen lo que pida sin cuestionar.

Al mismo tiempo, la droga también permite ser, ser lo que te da vergüenza o lo que siempre quisiste y no pudiste pero todo desde un self falso (sí-mismo), es una identificación patógena con el otro. Así lo señala Badaracco (1992): *“la estimulación a través de la droga conduce a un callejón sin salida porque lleva a ser otro”*.

Del mismo modo piensa Musacchio (1992) cuando nos dice que:

(...) el ser adicto es ser alguien, es cumplir con el deseo de ser, frente al vacío de identificaciones y de vínculos objetales que ofrezcan seguridad y estructura. (Citado en Musacchio de Zan y cols., 2000, pág. 161)

De esta manera pensamos, que probablemente estos procesos identificatorios de los que hemos venido hablando, son la razón principal por la cual las patologías o trastornos mentales se instauran en la adolescencia, incluyendo la de la adicción, ya que es al final de esta etapa que un individuo adquiere la personalidad definitiva.

Un adolescente adquiere su personalidad a través de los procesos de introyección e identificación, es decir, de la identificación con la madre y el padre, es cierto que también con las nuevas experiencias a lo largo del desarrollo y con las diferentes personas significativas en la vida del individuo, pero especialmente, la madre será definitiva en la construcción de la identidad.

Ahora, al pensar en la adolescencia y en la adquisición de una identidad definitiva, vale decir, como otro independiente de la madre, se vuelve complicado para el adolescente, ya que además de este proceso, necesita buscar independencia, por eso siguen a líderes de opinión en

cualquier ámbito o a alguna persona cercana a su entorno, incluyendo amigos o maestros, pero que sean distintos de los padres, para que al mismo tiempo consoliden su identidad sin perder esa independencia buscada. Esta figura con la que se identifican se convierte en un ídolo con el que se comparten ideales y pensamientos, es como si los adolescentes recolectaran pedacitos de todas las personas significativas en su entorno, de lo mejor de ellos o con la parte que se identifican y así formara su propia identidad.

Sin embargo, cuando los procesos identificatorios sufren perturbaciones en cualquier etapa del desarrollo, las identificaciones introyectadas se vuelven persecutorias. El adolescente se siente inseguro y atemorizado, intenta construir su identidad pero no tiene como, la personalidad que construye no es suya, lo que Winnicott llamaría el “self falso”, lo que generará un sentimiento de vacío, de no pertenecer a ningún lugar y no existirá amor propio. A causa de esta vulnerabilidad, los trastornos mentales o patologías y muy importantemente la adicción, se vuelven un camino fácil para adquirir muchas cosas, entre ellas, seguridad e identidad.

Por otro lado y ya que hablamos de la importancia de las figuras paternas en la formación de la identidad, regresemos a la importancia del Otro en el desarrollo.

Como mencionamos, todos los objetos del entorno del sujeto son importantes para un adecuado desarrollo, pero especialmente el primer objeto de amor, es decir, la madre, ella puede facilitar los procesos internos o puede obstaculizarlos. Es por eso que la mayoría de los autores con orientación psicoanalítica, plantean a la relación temprana madre-bebé como decisiva respecto a determinados patrones de funcionamiento psíquico.

Este vínculo es único, es la primera relación para el bebé, su primer punto para comenzar a conocer el mundo, es una relación casi simbiótica, donde madre y bebé parecen uno mismo pero al mismo tiempo debe haber una separación, deben existir límites para no caer en un vínculo patológico. Es la madre quien debe encargarse de la distinción entre ella y el bebé, por eso debe tener claro que ambos son cuerpos diferentes, dicha claridad la proporcionan sus instancias psíquicas, particularmente el Yo, de ahí la importancia de la sanidad mental de la madre. Si la

madre sufre de alteraciones y/o algún problema emocional severo, será muy difícil, sino es que imposible, que pueda transmitir al bebé estabilidad, no podrá ayudarlo a construirse como un sujeto fuerte y sano, le transmitirá inseguridades y ansiedades, por tanto, el bebé tendrá una psique muy frágil, incapaz de tolerar frustraciones.

No obstante, la relación con el padre es otra figura significativa dentro del desarrollo del bebé. El padre debe cumplir la función de realizar cortes, él es un tercero que llega a romper el vínculo diádico entre madre y bebé, esto facilita que el bebé pueda verse como otro, tal vez esa sea la función más importante dentro del desarrollo. El padre le muestra que es otro y que tiene un cuerpo independiente de él de la madre, además establece prohibiciones, estas prohibiciones que se convertirán en frustraciones, que el bebé deberá aprender a manejar y a solucionar. El niño se da cuenta que no solamente él es objeto de amor de la madre, sino también está su padre y él se convierte en su rival, de esta manera el bebé pierde esa sensación de omnipotencia, característica en los primeros años del desarrollo.

Pero qué pasa cuando el padre no cumple su función, sucede que como el padre no existe, a veces metafóricamente o a veces en lo real, la madre consume al recién nacido y se crea un vínculo simbiótico que da la falsa ilusión de omnipotencia, el bebé cree que nunca va a ver falta y además se vuelve complicado verse como un sujeto separado de la madre.

Es este el caso de la mayoría de las personas con adicción, el padre está ausente y la madre no es un individuo sano mentalmente, entonces el bebé no pudo introyectar ninguna función parental, ni la materna ni la paterna, por eso después, el adicto buscará “vengarse” de los padres y recuperar esas introyecciones de función para sentirse seguros.

Como podemos ver, los factores externos, el medio ambiente, o dicho de otro modo, la relación con el Otro, también afectan al desarrollo de un sujeto y se deben tomar en cuenta, sólo que a diferencia de otras corrientes de pensamiento, el psicoanálisis no cree que sea el determinante para el surgimiento de una adicción.

Respecto a los factores externos, Badaracco (1992) describe las afectaciones en un individuo debido a un ambiente patógeno:

Lo patógeno del medio ambiente sobre el individuo en desarrollo surgirá de las múltiples y variadas formas de desencuentros y malos entendidos de todo tipo que pueden darse en el contexto de las relaciones familiares. Cuando estos desencuentros y malentendidos tienden a repetirse de una manera sistemática, se configuran las situaciones traumáticas que toman así un carácter específico. El niño, en su situación de dependencia, se ve obligado a desarrollar estrategias para enfrentar la situación traumática específica. Especializándose así en esta tarea de neutralizar el sufrimiento psíquico, al encontrarse atrapado en un vínculo patógeno, se va empobreciendo en cuanto a la necesidad de desarrollar su sí-mismo desde la espontaneidad. Se pierde así el espacio lúdico y se bloquea la capacidad creativa. Las identificaciones que deberían ser estructurantes de recursos propios, son utilizadas en modalidades rígidas de funcionamiento yoico, que tienden a la estereotipia y la irreversibilidad. (pág. 161)

Y explica que es, justamente, un ambiente patógeno el propicio para el desarrollo de una adicción:

La drogadicción surgiría en un ser que desde pequeño se ha visto obligado a enfrentar un ambiente familiar patógeno, desde su natural condición de indefensión primitiva. (...) Se trata de personas que se sienten compulsivamente manejadas por fuerzas a las que aparentemente no pueden ofrecer resistencia. Se ven a sí mismos como habitados y tironeados por impulsos, mandatos, necesidades, deseos, exigencias, reproches, reclamos, etc., que no saben cómo enfrentar y con los que no saben qué hacer. Se sienten paralizados frente a ellos y sometidos a su poder inapelable. En todos los casos, el sí-mismo del ser humano se vivencia sumergido e indefenso como en una típica situación traumática en la que los recursos yoicos propios han sido sobrepasados, y la condición de soledad en que se encuentran le cierra las puertas automáticamente a la posibilidad de buscar y encontrar una asistencia eficaz en el mundo externo. (García Badaracco, J., 1992, pág.160)

Ahora, la importancia de los factores externos en cada individuo, es decir, de cuanto pese el medio ambiente en cada caso, dependerá de cómo interprete el bebé en función de sus propios

instintos y fantasías, vale decir, depende del mundo interno de cada sujeto. De hecho las fantasías resultan de gran importancia para un desarrollo sano, pero también la realidad debe participar importantemente, así surge la relación entre fantasía y realidad que es fundamental.

Al respecto Segal dice:

Una mala experiencia real se hace mucho más importante cuando el bebé ha tenido intensas fantasías coléricas en las que atacaba al pecho [madre-objeto primario], ya que dicha experiencia le confirma, no sólo su sensación de que el mundo exterior es malo, sino también su sensación de que él mismo es malo y su creencia en la omnipotencia de sus fantasías malevolentes. Las experiencias buenas, por otra parte, tienden a disminuir la ira, a modificar las experiencias persecutorias y a estimular el amor y la gratitud del bebé y su creencia en el objeto bueno. (Segal, H., 1982, pág. 22)

Segal nos indica que entre más agradable sea el ambiente, será más fácil para el niño desarrollarse sanamente, sin embargo, debemos tener en cuenta que aún en un ambiente facilitador habrá ansiedades y fantasías agresivas y persecutorias.

Justo aquí quisiéramos detenernos, ya agregado un nuevo elemento: la relación fantasía-realidad, para dar paso al siguiente apartado en donde hablaremos más a fondo de la vida anímica y de esta manera comprender ampliamente este concepto.

2.1 La vida anímica

Como sabemos nuestra mente y en general todo el cuerpo no está completo al nacer, es decir, el nacimiento es el comienzo del desarrollo. El cerebro y la mente especialmente, son unidades endebles y moldeables, están iniciando el proceso de desarrollo y van a modificarse a lo largo de la vida.

El aparato psíquico tiene que construirse de acuerdo al mundo externo y a sus propias habilidades innatas, por eso comenzaremos revisando cómo está constituido el aparato psíquico. A

nivel tópico, es decir, estructuralmente, está constituido por 3 instancias: Yo, Superyó y Ello; a nivel económico y dinámico, está constituido de fuerzas opuestas (pulsiones) que confluyen, se mueve en todo momento, entre cargas y descargas (investiduras).

Otto Kernberg (1976) explica que el proceso que el bebé realiza para separarse de su madre y observarse como otro ser independiente (de los procesos identificatorios de los que hablábamos en el aparatado anterior), es el factor determinante para formar estas tres instancias psíquicas.

Ahora, si hablamos de los detonantes para el comienzo del desarrollo mental, existen algunos autores que creen que la falta de homeostasis fisiológica lo generaría, esto es: a fin de que nuestro cuerpo no sufra de ninguna alteración y pueda desarrollarse plenamente a lo largo de la vida, se requiere de equilibrio en todos los órganos, es decir, lograr y mantener homeostasis, esto incluye por supuesto al cerebro, sin embargo, esta es una meta casi utópica ya que el cuerpo está en constante movimiento y sufre de muchos cambios debido a los estímulos externos e internos. Así, los autores presumen que la falta de homeostasis estimula el desarrollo de la vida mental.

Otto Kernberg (1976) en su libro “La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico” hace una revisión de dichos autores y explica estos procesos.

En estos últimos años se han acumulado pruebas que indican que las perturbaciones homeostáticas que reflejan un desequilibrio fisiológico vinculado con el hambre, la sed, los cambios de temperatura, etc., activan el eje hipotálamo-hipófisis y las estructuras hipotalámicas que hacen que estos procesos adquieran un tono afectivo doloroso o punitivo, o bien gratificante placentero. (Kernberg, O., 1976, pág. 51)

Las perturbaciones homeostáticas que afectan el cerebro visceral activarían simultáneamente: 1) una excitación generalizada (es decir una actitud alerta que refleja un mecanismo de excitación difuso e inespecífico interpuesto predominantemente por la formación reticular ascendente); 2) patrones innatos de conducta tales como el reflejo de orientación y las diversas actitudes innatas de apego, como la succión, el llanto, el aferramiento, etc. (Bowlby, 1969). MacLean (1969) informó acerca de la

existencia de pruebas que indican que determinadas zonas estriadas son los centros que controlan los mencionados patrones innatos de conducta y 3) experiencias afectivas subjetivas de tipo gratificante o placentero, o bien punitivo o doloroso, controladas por el hipotálamo y por otros centros de gratificación” (Olds, 1960). (ibíd., pág. 51 y 52)

Estos procesos darían lugar a las siguiente derivaciones: 1) el aumento de la excitación y el estado general de alerta harían descender los umbrales de percepción, permitiendo que el lactante perciba el tacto, el olfato, y aquellas sensaciones interceptivas y propioceptivas incluidas en la constelación inespecífica o cenestésica de modalidades de estímulo (Freedman, 1972 y Spitz, 1945); la excitación incrementaría también la exploración ambiental y la percepción externa; 2) en un ambiente de características convencionales, la activación de los patrones de apego (en especial el llanto) daría lugar a la actitud maternal que es la fuente no sólo de nutrición y los cambios fisiológicos directamente conectados con ésta, sino también de un importante enriquecimiento sensorial y de la modificación de las absorciones sensoriales; y 3) toda la información contenida en los diversos componentes mencionados hasta ahora, quedaría almacenada en el lactante conformando la situación total percibida, que presumiblemente adoptaría la forma de recuerdos afectivos primitivos (Arnold, 1970). (ibíd., pág. 52)

Estos procesos de aumento y disminución de excitación, es decir, la falta de homeostasis fisiológica, son análogos a los procesos que Freud describió en su teoría de la vida anímica, específicamente al funcionamiento del aparato psíquico (nivel dinámico y económico), es decir, el movimiento de las fuerzas contrapuestas.

Para Freud existen dos principios que rigen el aparato psíquico, les da el nombre de Principio de realidad y Principio de placer. Intentaremos explicarlos a continuación.

Desde que se nace el aparato psíquico está constituido por “energía” que circula todo el tiempo dentro de este aparato, dicha “energía” puede aumentar o disminuir de acuerdo a los estímulos que existan, ya sea dentro del mundo interno o en el mundo externo. El aparato psíquico tiene la tendencia a descargar toda la energía que se encuentra dentro, digamos que su meta final es dejarse vacío, una meta inalcanzable y utópica, pues el exceso de energía se siente como

desagradable, a esta sensación que se vive como desagradable y dolorosa, Freud la llamaría *displacer*. Cada vez que el aparato psíquico se inunda de energía por los diferentes estímulos se genera esa sensación de *displacer*, por lo que se necesita descargarla, vale decir, deshacerse de ella, con cada descarga hay un alivio para el sujeto, lo que Freud denominaría el *placer*. A este proceso, Freud lo llamó <el principio de placer>.

Nos hemos resuelto a referir placer y displacer a la cantidad de excitación presente en la vida anímica y no ligada de ningún modo, así el displacer corresponde a un incremento de esa cantidad, y el placer a una reducción de ella. No tenemos en mente una relación simple entre la intensidad de tales sensaciones, (...) menos aún una proporcionalidad directa; el factor decisivo respecto de la sensación es, probablemente, la medida del incremento o reducción en un período de tiempo. (Freud, S., 1920, pág. 507)

Al mismo tiempo que actúa el principio de placer, opera <el principio de realidad>, que no es otra cosa que una fuerza contraria que intenta impedir la descarga completa, es decir, permite descargas parciales de placer. Si se cumpliera la meta de vaciamiento ya no habría vida, sólo la materia inerte se mantiene sin aumentos y disminuciones de excitación, es por esto que la meta de descarga completa es inalcanzable. En realidad la homeostasis que mencionamos al principio del capítulo como detonante para el desarrollo de la vida anímica, en Freud es el Principio de Constancia que menciona en sus primeros trabajos, ahí dice que se debe mantener la excitación o energía a un nivel constante dentro de la psique, sin embargo, como hemos dicho, esto no sucede, siempre está en juego el aumento y la disminución de excitación.

En “Más allá del principio de placer”, Freud (1920) lo describe de la siguiente manera:

En la teoría psicoanalítica adoptamos sin reservas el supuesto de que el curso de los procesos anímicos es regulado automáticamente por el principio de placer (...) lo pone en marcha una tensión displacentera, y después adopta tal orientación que su resultado final coincide con una disminución de aquella, esto es, con una evitación de displacer o una producción de placer. (pág.2507)

Esta modificación dinámica y económica, es decir, el placer y el displacer, se ve afectada por los estímulos. Los estímulos internos, también llamados pulsiones, siempre están en movimiento y exigen ser satisfechos a cualquier precio, son estas pulsiones y también los estímulos externos los que modifican la cantidad de excitación que circula dentro del aparato psíquico. Esta “energía” que se puede cargar (invertir) hacia un lado o hacia otro, se mueve todo el tiempo dentro del aparato, incluso hacia objetos ajenos a nosotros mismos, ese fluir de fuerzas se llama libido y es de carácter sexual, es decir, a nivel dinámico una pulsión se representa mediante la libido, o como expresaría Freud (1915) *“la libido es la expresión de una pulsión sexual”*.

Respecto a los estímulos, Freud denomina estímulos sólo a los que vienen de afuera, del mundo exterior y denomina pulsión a los estímulos internos, una pulsión es un *<representante psíquico>* de los estímulos internos.

Los estímulos externos son una fuerza de choque momentánea, de un sólo golpe, es decir, el estímulo entra al organismo y se descarga por completo con una acción muscular (huida). Sin embargo, con las pulsiones no ocurre lo mismo. Las pulsiones son fuerzas constantes (fragmentos de actividad) que se generan dentro del propio organismo, la fuente de una pulsión es el propio cuerpo, por tanto no permite una huida, en realidad no serviría de nada una acción de este tipo. Freud (1915) menciona *“sería mejor que llamemos necesidad al estímulo pulsional, lo que cancela esta necesidad es la satisfacción. Esta sólo puede alcanzarse mediante una modificación apropiada a la meta, de la fuente del interior del estímulo”*.

La satisfacción a la que se refiere Freud sólo se obtiene mediante el objeto y sólo a través de él se puede alcanzar la meta de la pulsión. Un objeto puede ser cualquier situación, persona o incluso algún órgano del propio cuerpo.

Freud explica que ambos estímulos utilizan mecanismos muy diferentes:

Los estímulos exteriores plantean una única tarea, la de sustraerse de ellos, y esto acontece mediante movimientos musculares de los que por último

uno alcanza la meta y después, por ser el adecuado fin, se convierte en disposición heredada. Los estímulos pulsionales que se generan en el interior del organismo no pueden tramitarse mediante ese mecanismo. Por eso plantean exigencias mucho más elevadas al sistema nervioso y lo mueven a actividades complejas, encadenadas entre sí, que modifican el mundo exterior lo suficiente para que satisfaga a la fuente interior del estímulo. (Freud, S., 1915, pág. 116)

Y también explica que todas las pulsiones son cualitativamente iguales, es decir, lo que las distingue entre sí, es la fuente en donde se originan, a partir de la fuente de donde provienen, podemos dividir las en dos grupos: pulsiones sexuales o de vida y pulsiones yoicas o de muerte.

Veamos cuáles son las características de cada grupo de pulsión. Freud (1915) describe a las pulsiones sexuales como: *“...numerosas, brotan de múltiples fuentes orgánicas, al comienzo actúan con independencia unas de otras y sólo después se reúnen en una síntesis más o menos acabada. La meta a la que aspira cada una de ellas es el logro del placer del órgano, sólo tras haber alcanzado una síntesis cumplida entran al servicio de la función de la reproducción”*, de ahí su nombre pulsión sexual, son necesidades del organismo de carácter sexual.

Estas pulsiones también se llaman de vida porque tienden a preservar la función vital, es decir, como tienen que ver con la reproducción (y la reproducción es dar vida y conservar a la especie) tienen la tarea de conservar la vida. Además, este tipo de pulsiones se caracterizan por ser sustitutivas, esto quiere decir que fácilmente pueden cambiar de meta y de objeto (de vía).

Al contrario de las pulsiones de vida, las pulsiones yoicas son pulsiones agresivas y destructivas, destructivas porque su meta es dejar el aparato vacío, sin ningún tipo de aumento o disminución de “energía” y recordemos que sólo un ser sin vida puede permanecer vacío o sin actividad (tendencia cero o principio de nirvana), por eso también se les llama pulsiones de muerte. En esta tendencia de dejar sin excitación el aparato, las pulsiones intentan impedir el paso de los estímulos, su tarea es no permitir la entrada de ellos en la psique porque los estímulos se viven como experiencias frustrantes y dolorosas.

Con esta explicación más amplia de las pulsiones, nos queda más claro lo que mencionamos en el primer capítulo de porque la adicción es un proceso de autoconservación. Una adicción es una pulsión que sustituye a la verdadera pulsión sexual, esa pulsión sexual o de vida, sólo cambió de vía o de meta. También existen fuertes pulsiones de muerte dentro del sujeto adicto, es decir, los estímulos que generan displacer son enormes, tanto que se convierten un dolor intolerable, por esto, la adicción viene como proceso de autoconservación a evitar que las pulsiones de muerte destruyan al sujeto, no dejan que se vacíe el aparato totalmente y con el acto adictivo generan satisfacciones parciales, dejando que el sujeto permanezca vivo.

En el artículo “Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la libido”, Freud resume el desarrollo de las pulsiones sexuales y habla de cómo intervienen en las etapas del desarrollo psicosexual:

La pulsión sexual, cuya exteriorización dinámica en la vida del alma ha de llamarse <libido>, está compuesta por pulsiones parciales en las que puede volver a descomponerse, y que sólo poco a poco se unifican en organizaciones definidas. Fuentes de estas pulsiones parciales son los órganos del cuerpo, en particular ciertas destacadas <zonas erógenas>. Pero todos los procesos corporales que revisten importancia funcional brindan contribuciones a la libido. Las pulsiones parciales singulares aspiran al comienzo a satisfacerse independientemente una de otras, pero en el curso del desarrollo son conjugadas cada vez más: son centradas. Como primer estadio de organización puede discernirse al estadio oral, en el cual, de acuerdo con el principal interés del lactante, la zona de la boca desempeña el papel cardinal. Le sigue la organización sádico-anal, en la cual la pulsión parcial del sadismo, y la zona del ano se destacan particularmente; la diferencia entre los sexos es subrogada aquí por la oposición entre activo y pasivo. El tercer estadio de organización, y el definitivo, es la conjugación de la mayoría de las pulsiones parciales bajo el primado de las zonas genitales. Este desarrollo transcurre por lo general de manera rápida e inadvertida; no obstante, partes singulares de las pulsiones se quedan detenidas en los estadios previos al resultado final y así, proporcionan las fijaciones de la libido; estas, en calidad de disposiciones, revisten importancia para ulteriores estallidos de aspiraciones reprimidas y mantienen una determinada relación con el

desarrollo de ulteriores neurosis y perversiones. (Freud, S., 1922, pág. 240 y 241)

De acuerdo al párrafo anterior, Freud plantea 3 etapas psicosexuales durante el desarrollo:

1. Pregonital (primera infancia)
2. Latencia (infancia)
3. Genital (adolescencia)

A su vez, la etapa pregenital, que va desde el nacimiento hasta los 5 años, se divide en 3 fases:

- 1) oral
- 2) sádico-anal
- 3) fálica

Esta clasificación es planteada de acuerdo a la fuente en donde se generan las pulsiones, que como dijimos viene del interior, de algún órgano del propio cuerpo. Aquí debemos agregar que es durante la etapa pregenital que surge la sexualidad infantil. Ahora, la sexualidad infantil es la forma que toma la pulsión sexual, antes de la pubertad y durante los primeros años de vida.

En la fase oral, la zona de interés para el bebé es la boca, con la boca va a relacionarse con el exterior y con los otros. Se caracteriza por una organización canibálica, es decir, la actividad sexual no está separada de la función de devorar, estas dos actividades buscan la incorporación del objeto. Es de las fases más primitivas del desarrollo y ocurre durante los primeros meses de vida. Los procesos de internalización (introyección, proyección e identificación) mencionados en el apartado anterior, ocurren durante la fase oral.

En la siguiente fase sádico-anal, el bebé tiene interés principal en la zona del ano y en sus esfínteres, también presenta conductas sádicas, es decir, disfruta de hacer daño a otros objetos, disfruta de ver sufrimiento en los demás. Así, descubre las diferencias entre hombre y mujer a través de la oposición activo-pasivo.

La fase anal se constituye alrededor de la simbolización de las materias fecales, objeto separable del cuerpo al igual que el seno. A través de esta actividad que desemboca en la defecación, se simbolizan las heces, en su función de regalo hecho a la madre, en tanto que la retención sería, por el contrario, una posición agresiva hacia ella.

En la última fase de la etapa pregenital, el interés se vuelca hacia los genitales, principalmente al falo y todo lo que representa, de ahí su nombre de etapa fálica. En esta etapa surge, lo que Freud llamaría <complejo de Edipo>, es aquí donde los niños experimentan la falta (castración) y se dan cuenta que no son omnipotentes, además de sentir celos y rivalidad.

Cuando la terminación de la fase fálica, también acaba la etapa pregenital, entonces comienza la latencia, que dura, aproximadamente, hasta los 10 u 11 años; finalmente, durante la adolescencia, surgirá la etapa genital, última etapa y definitiva en el desarrollo psicosexual.

Por otro lado, estas fases o también llamados estadios, es la manera en cómo se organiza la libido, que tiene un carácter topográfico (zonas erógenas) y un carácter objetal (elección de objeto).

Al comienzo de la etapa pregenital, la libido está estancada en el Yo, no se desplaza hacia ningún punto fuera del aparato psíquico, el interés está en el propio cuerpo, se desea al cuerpo, como si el propio individuo se volviera un objeto sexual, es lo que Freud llama <autoerotismo>, es decir, el placer y el deseo están puestos en el propio cuerpo.

Este autoerotismo nos lleva al concepto de narcisismo, concepto muy importante para la adicción, de hecho se convierte en la organización principal de estas personas.

El narcisismo es una especie de estadio intermedio entre el autoerotismo y el desplazamiento de la libido hacia otros objetos. El estadio narcisista o el narcisismo originario es por decirlo de manera sencilla, el amor a sí mismo, es decir, el bebé se ve a sí mismo como un objeto, y se ama como se ama a cualquier objeto sexual, existe egoísmo y una omnipotencia enorme, él cree ser el centro de todo.

Ahora, el narcisismo es normal dentro de las primeras etapas del desarrollo, de hecho es necesario para un adecuado fortalecimiento del Yo, con ello se construye la autoestima y en todo individuo existe cierto rastro del narcisismo original. Sin embargo se vuelve patológico cuando se regresa a este proceso y se utiliza como defensa, por eso también es llamado narcisismo secundario.

Al respecto, Hartman nos dice que el narcisismo es la carga libidinal del sí-mismo (Yo).

Las personas con algún tipo de adicción ocupan al narcisismo como defensa del mundo exterior, que lo viven como malo y persecutorio, esto debido a que tienen un Yo muy débil y pobre, por tal motivo, retiran la libido de los objetos e intentan conservar la libido en su interior para fortalecerlo. El narcisismo se vuelve tan patológico que llega a convertirse en una organización psíquica, característica de la adicción.

El problema es que la libido tiene que ser desplazada hacia otros objetos para continuar con un proceso normal. Debe existir un distanciamiento del narcisismo primario, o diciéndolo de otro modo, la libido yoica debe desplazarse hacia un objeto, el Yo debe crear investiduras de objetos (cargas hacia los objetos) y además tiene que establecerse un ideal. Este ideal del Yo es justamente un ideal de lo que se quisiera ser o alcanzar y se va formando con la introyección de los objetos primarios, es por eso que también se necesita desplazar la libido hacia los objetos, para que existan los vínculos con el otro y comience a cobrar significado el sentido de realidad.

Cada vez que el Yo inviste a un objeto, se empobrece y se va quedando sin libido, pero después, con las satisfacciones que los objetos le ofrecen, el Yo vuelve a enriquecerse, además, al mismo tiempo debe cumplirse el ideal del Yo por medio de las vivencias que refuerzan el sentimiento de omnipotencia y el narcisismo original, esto es muy importante para la aceptación y la construcción de la autoestima. Pero cuando los objetos y el ambiente no le entregan satisfacción al bebé y sólo le generan frustración, el Yo se queda vacío y es cuando intenta hacer un repliegue de libido.

Este es el caso de los sujetos adictos, cuando el Yo desplazó la libido por primera vez hacia los objetos, se encontró solamente con frustraciones, no hubo satisfacciones de objeto y por tanto quedó empobrecido. El Yo necesita fortalecerse, no importa a qué precio, la única manera que piensa como factible es retirando la libido de los objetos y depositándola en el Yo, intenta regresar al narcisismo primario pero sólo consigue una especie de narcisismo secundario.

Al regresar a estados narcisistas, el funcionamiento psíquico adictivo tiene como propósito la reparación de la dañada imagen del self o sentimiento de sí, incluso podría decirse, la reparación de la devaluación del ideal del Yo y el mantenimiento de la ilusión del control omnipotente a través de la facilidad de recurrir al objeto de adicción.

Por otra parte, cuando la libido comienza a desplazarse, el sujeto debe elegir su primer objeto sexual para así descargar esa energía. Como lo hemos mencionado, el primer objeto sexual es la madre, o en algunos casos, otras personas que desempeñan el mismo papel de cuidador primario. Sin embargo, no habíamos dicho que en los primeros meses de vida no hay reconocimiento de objetos totales, sólo se pueden reconocer objetos parciales, es decir, no se ve a la madre completa, como persona, sino a una parte de ella, al pecho, pues es la parte del cuerpo con la que el bebé tiene más contacto. En ese momento, como el bebé sólo puede integrar objetos parciales, sus primeros objetos serán el pene (del padre) y el pecho, con el tiempo el bebé podrá identificar al objeto total, es decir, sabrá reconocer a la madre como persona y después al padre.

Debemos tener claro que aún siendo objetos totales, los objetos sexuales siempre serán irreales, es decir, en las primeras etapas los objetos son muy fantasiosos y distorsionados, a medida que prosigue el desarrollo y crece el sentido de la realidad, los objetos internos se parecen más a las personas reales del mundo externo, pero nunca serán los reales.

Al terminar la etapa pregenital, se elegirán diferentes objetos pero siempre con base en los primeros objetos, es decir, el individuo tendrá que cambiar de objetos sexuales, ya no serán los padres sino alguien más que se deberá elegir de acuerdo a las características psíquicas adquiridas.

Al respecto, Freud describe las dos formas de elección de objeto: la primera la llama de apuntalamiento anaclítico, que consiste en elegir a los posteriores objetos lo más parecido a los primeros objetos sexuales, con las mismas características. La segunda forma de elección la llama narcisista y consiste en elegir a todos los objetos de acuerdo al propio ser y al ideal del sí-mismo o el ideal del Yo.

Ahora, si pensamos en la forma de elección de objeto en las adicciones, diríamos que el funcionamiento psíquico de la adicción elige al objeto mediante un proceso llamado de apuntalamiento, es decir, escoge un objeto que sustituya al primer objeto sexual, que tenga las mismas características o lo más parecido al cuidador primario, se enamora de él, como ocurre en la vida amorosa, con las relaciones de pareja; sólo que en este caso el vínculo con el objeto no se desarrollará de manera normal sino patológicamente, sin importar que tipo de objeto sea, ya sea una sustancia, una persona o alguna situación, este objeto sólo se usará para tratar de cubrir todo tipo de carencias psíquicas, con una falsa idea que el objeto satisface su necesidad, cuando en realidad no lo hace.

Cada vez que se elige a un objeto, surge un enamoramiento hacia él, a nivel psíquico ese enamoramiento consiste en un desborde de la libido yoica hacia el objeto y una relación de pareja es un claro ejemplo de ello. El objeto sexual se eleva tanto que se convierte en un ideal, en un ideal sexual o ideal del Yo. Durante la formación del Yo se establece un ideal a través de las buenas experiencias y de las satisfacciones que den los objetos, a esto nos referimos con el concepto de <ideal del Yo>, además ese ideal del Yo es la base para la futura instancia psíquica: el Superyó.

Entonces, lo que ocurre es que el objeto que se ama y que se eleva a ideal sexual, en realidad es un sustituto del ideal del Yo. En la adicción, es el acto adictivo lo que se convierte en el ideal del Yo.

Y ya que hemos entrado de lleno al vínculo con los objetos sexuales, en el siguiente apartado revisaremos la teoría del desarrollo de Melanie Klein, quien nos da una idea más clara de

la importancia de las relaciones objetales y de su conexión con futuras patologías, especialmente con la adicción.

2.2 La adicción como sustituto del primer objeto sexual

La teoría del desarrollo de Melanie Klein nos ayuda a entender las adicciones como sustitutos del primer objeto sexual, pero además, con ella integraremos dos nuevos elementos: la psicosis y la fantasía, que más adelante, nos servirán para comprender a la satisfacción alucinatoria del deseo.

Ahora toca el turno de hablar de dos conceptos fundamentales en la obra de Klein: la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva, estos conceptos poco a poco nos llevarán a colocar el acto adictivo como sustituto de la madre.

Comencemos por decir que el término posición se refiere a una configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas, persistente a lo largo de la vida, no es simplemente una etapa o fase.

Klein considera que estas posiciones ocurren durante la fase oral y pueden considerarse una subdivisión.

La posición esquizo-paranoide es la más temprana y se espera que poco a poco vaya desplazando a la posición depresiva. Se caracteriza por el hecho de que el bebé no reconoce personas, sino que se relaciona con partes de esas personas, es decir, con objetos parciales, además existe una ansiedad paranoide y procesos de escisión. Como mencionamos en el apartado anterior, los primeros objetos parciales con los que se relacionará el bebé son el pecho y el pene.

Digamos que la posición esquizo-paranoide es la organización más primitiva de un individuo, mientras que la posición depresiva es una organización mucho más madura. Se espera que se desarrollen ambas en el proceso normal, aunque se esté entre ambas posiciones siempre.

En la posición esquizo-paranoide, el Yo aún es muy inmaduro y está expuesto desde el nacimiento a ansiedades. Las primeras sensaciones de ansiedad son generadas por la lucha de pulsiones: pulsión de vida versus pulsión de muerte.

Como vimos en los procesos de internalización o identificatorios, el Yo inmaduro utiliza a la proyección como primer proceso para defenderse de la frustración, por eso cuando el Yo siente ansiedad por la presencia de la pulsión de muerte, proyecta un poco de ella y lo que queda lo convierte en agresión.

El Yo se escinde y pone afuera a la pulsión de muerte, poniéndola en el objeto original: el pecho (el objeto original de Melanie Klein es equivalente al primer objeto sexual que describe Freud), entonces el pecho que contiene una parte de esta pulsión se vuelve malo y persecutor. El miedo original (ansiedad) a la pulsión de muerte se convierte en un miedo persecutor.

Luego el Yo del bebé, escinde al pecho, lo separa en muchos “pedacitos”, convertidos en varios objetos persecutorios. La parte que queda en el Yo de pulsión de muerte se convierte en agresión y se dirige contra los objetos persecutores, es decir, el Yo se queda con una parte de pulsión, seguramente la que puede soportar, para posteriormente convertirla en agresión y la otra parte, la que no aguanta, la “saca”, se separa de ella, y esa pulsión de muerte se convierte en objetos malvados que quieren aniquilarlo.

Con la pulsión de vida pasa algo similar, una parte de la pulsión se queda en el Yo y otra se proyecta, se separa para depositarla en los objetos, es decir, la pulsión de vida se “convierte” en libido para poder vincularse con los objetos.

Si con la pulsión de muerte sucede que se convierte en agresión, representando toda la hostilidad que siente el bebé, en el caso de la pulsión de vida se proyecta mediante la libido, representando todo el amor que siente.

Las pulsiones y la ansiedad que siente el Yo primitivo lo impulsan a establecer relaciones objetales en la fantasía y en la realidad.

Ya terminados estos procesos de escisión, el pecho está disociado en 2 partes: el pecho ideal (lo bueno) y el pecho persecutorio (lo malo).

Las experiencias de cuidado y nutrición reales, son vividas por el bebé como experiencias buenas, por eso se fusionan con el pecho ideal. Las experiencias de privación o de frustración reales, son atribuidas al pecho persecutorio, por ser vividas como experiencias desagradables o malas.

Pero la gratificación o las experiencias buenas, no sólo se necesitan para el amor y la autoestima, sino también para “mantener a raya” la aterradora persecución. A su vez, la privación o experiencias frustrantes se convierten en la amenaza de ser aniquilado por ese objeto persecutorio.

El objetivo de estos procesos primarios es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal e identificarse con éste, además, intenta protegerse del objeto persecutorio, manteniéndolo lo más lejos posible, o dicho de otro modo, se intenta preservar la pulsión de vida y controlar a la pulsión de muerte. En situaciones de ansiedad, aumenta la disociación y se utiliza a la proyección e introyección para mantener tan alejados, como sea posible, a los objetos persecutorios de los objetos ideales y así mantener a ambos bajo control.

Ahora bien, debemos tener claro que los procesos de identificación como la proyección y la introyección son procesos normales siempre y cuando se den en esta etapa esquizo-paranoide, son procesos primarios pero necesarios. En la posición esquizo-paranoide son una expresión de las pulsiones pero también funcionan como mecanismos de defensa. Sin embargo, se vuelven patológicos cuando son utilizados en etapas posteriores y de manera tan inmadura como lo hace un bebé.

La ansiedad predominante de la posición esquizoide-paranoide es que el objeto u objetos persecutorios se introduzcan en el Yo y destruyan o aniquilen tanto al objeto ideal como al Yo. Las características de esta etapa, llevaron a nombrarla así a Klein, la ansiedad predominante es

paranoide, y el estado del Yo y de sus objetos (introyectados) se caracteriza por la escisión, que es esquizoide, es decir el Yo separa todo el tiempo, aísla y no puede integrar.

También debemos saber que la ansiedad es necesaria y funcional, siempre y cuando no se desborde, gracias a ella surgen los mecanismos de defensa.

En términos simples y a manera de resumen, el objetivo de la posición esquizo-paranoide es la maduración del Yo. Cuando esto ocurre marca el fin de esta etapa y el comienzo de la posición depresiva. El reconocimiento de la madre como objeto total indica el inicio de la posición depresiva, que se caracteriza por el predominio de la integración, ambivalencia, ansiedad depresiva y culpa.

Reconocer a la madre como objeto total significa que el bebé puede darse cuenta que ella tiene vida propia, que los demás son independientes de él y que la madre puede relacionarse con otras personas y él también.

En la posición depresiva, las ansiedades brotan de la ambivalencia, de ese amar y odiar al objeto al mismo tiempo y que sus propios impulsos destructivos destruyan al objeto amado de quien depende totalmente.

A medida que la madre se convierte en un objeto total, el Yo se vuelve total, es decir se separa cada vez menos en partes buenas y malas, las partes separadas se integran en un todo. Además, el objeto ideal y persecutorio se aproximan cada vez más y, por tanto, mientras los procesos proyectivos disminuyen, los procesos de introyección se intensifican.

Con el crecimiento psíquico, las demás funciones como la memoria, también avanzan, el bebé es capaz de generar recuerdos, un paso muy importante para cuando la madre está ausente, es capaz de generar recuerdos de experiencias frustrantes mientras la madre lo gratifica, o recuerda experiencias agradables mientras la madre lo frustra, lo que sirve para que poco a poco se instaure el conflicto de ambivalencia, es así como el amor y la necesidad provocan el deseo de devorar y, al mismo tiempo, el bebé descubre los límites de su amor y de su odio.

El bebé experimenta duelo, culpa y depresión por querer destruir al objeto ideal. En su fantasía omnipotente, lo destruye, por eso debe repararlo.

En ambientes favorables, la reparación de la madre tras su ausencia, su atención y sus cuidados, reducen gradualmente la creencia en la omnipotencia de los impulsos destructivos del bebé. En cambio, en ambientes pocos favorables, sucede justamente lo contrario: no existe reparación de la madre, es decir, del objeto amado.

Por otro lado, durante la posición depresiva, el bebé adquiere el sentido de la realidad, esto es, se da cuenta que es independiente del objeto, descubre su realidad psíquica y su propia existencia y con ello la existencia de los demás. Ahora es capaz de sentir sus propios impulsos y fantasías, ahora puede distinguir entre fantasía y realidad.

Al término de esta etapa y si se logra elaborar, el bebé adquirirá la capacidad de amar a objetos independientes y separados, de hacerse cargo de sus propios impulsos y podrá tolerar la culpa, también desarrollará la capacidad de sentir preocupación por sus objetos, lo que lo llevará gradualmente a controlar sus impulsos.

Además, en esta etapa se presenta un cambio muy importante a nivel tóxico, en el aparato psíquico se establece una nueva instancia psíquica: el Superyó.

El Superyó tiene sus raíces en los objetos ideales y persecutorios, que se generaron en la posición esquizo-paranoide. El objeto persecutorio es cruel y vengativo pero también el objeto ideal se convierte en persecutorio justamente por esa característica de perfección, son demasiado altas las exigencias de perfección. El Superyó quedará constituido poco a poco entre más se integren ambos objetos y generará sentimientos de culpa y autorreproches, al mismo tiempo, el Superyó es un objeto de amor que ayuda a luchar contra los propios impulsos destructivos.

Sin embargo, debemos advertir que la posición depresiva nunca se elabora completamente, sólo en parte, siempre tendremos ansiedades relacionadas con la culpa y la ambivalencia, las situaciones de pérdida reavivan esas experiencias depresivas.

Ahora, si la posición depresiva no fue elaborada, ni siquiera un poco, puede producirse una regresión a la posición esquizo-paranoide, afectando gravemente el desarrollo ulterior, de hecho, esto es algo de lo que pasa en las adicciones.

De acuerdo a esta teoría, el objeto de adicción sustituye al pecho materno escindido, se busca un pecho que si proporcione lo que se necesita, que aguante los estados de ánimo y frustraciones del neonato.

Por encontrarse en la posición esquizo-paranoide, los adictos siguen teniendo procesos de escisión y por esto no pueden ver a un objeto completo, con ambas características. Para ellos sólo existen dos clases de objetos: buenos o malos pero no se pueden mezclar. No se logró consolidar la posición depresiva.

Al no integrar, no hay manera de conciliación entre dos ideas, entre dos afectos, es decir, para ellos no puede existir un objeto que tenga características buenas y malas, o es totalmente bueno o es totalmente malo. El primer objeto sexual (la madre) se transforma en eso, en un objeto totalmente persecutorio y así ocurrirá con las futuras relaciones objetales.

En los casos de adicción, la madre real representa un pecho malo porque no brinda los cuidados necesarios, el bebé demanda comida, contacto, etc. y como la madre no responde genera frustración en el bebé. Sin embargo, el bebé de alguna manera tiene que construir un objeto ideal y si la madre real es totalmente persecutoria y "mala", entonces sólo le queda crear al objeto "bueno" e ideal en la fantasía, en una especie de alucinación, crea a una madre totalmente buena y omnipotente, se crea una idealización del objeto, este objeto es un ideal de lo que se carece y quisiera tener.

Esa madre nunca puede transmitirle la capacidad de cuidado y amor, por eso esa capacidad maternal jamás fue introyectada. De hecho es aquí donde los procesos de identificación se utilizan de manera defensiva, como no hay introyección, la proyección se utiliza como mecanismo de defensa.

Digamos que hay un fracaso en la relación madre-bebé, el bebé no puede estar solo porque no tiene las herramientas adecuadas para enfrentarse al mundo, entonces por primera vez se encuentra con la dependencia a un objeto, necesita que su madre siempre este presente, volviéndose una relación simbiótica, aquí comienza a establecerse el funcionamiento adictivo. El fracaso en la instalación de la representación del cuidado maternal trae como consecuencia que el bebé no cuente con funciones para contener y elaborar el dolor o la sobreexcitación.

Generalmente las madres de futuros adictos son ausentes, puede ser que literalmente estén ausentes o de manera simbólica, de igual manera son experiencias frustrantes. El bebé vive las ausencias de la madre como presencias atacantes, por esto el objeto es tan persecutorio.

Junto con el desarrollo psíquico las habilidades intelectuales están obstaculizadas, por tanto no se pueden construir recuerdos, lo que Freud llama representaciones de objetos, es decir, el bebé no puede generar ni guardar imágenes dentro de su mente para ocuparlas cuando la madre no este, con estas representaciones de objetos se pueden tolerar las ausencias. Por todo esto, el bebé todo el tiempo está en duelo, en pérdida, de ahí que cuando se vuelva adicto, hará todo lo posible por no volver a vivir la falta, por tener el objeto de amor siempre disponible e inacabable.

El sujeto con adicción no tolera la falta, la pérdida porque ha sido muy frustrante tener que esperar demasiado tiempo para que se atendieran sus necesidades, existe una pérdida irreparable de la madre que se va a tratar de sustituir de cualquier manera y a cualquier precio, de este modo la adicción es un pecho bueno y tiene que ser un objeto que nunca permita la falta, ocupa el lugar de esa pérdida, como un tapón.

El acto adictivo tendrá como función sustituir al primer objeto sexual, sin embargo, no será un objeto total, sino parcial, vale decir, escindido, es decir, la droga representará tanto al pecho malo como al pecho bueno.

El objeto adictivo representa al pecho bueno en el sentido del objeto ideal, es decir, el objeto o acto adictivo intenta reemplazar la carencia que se tuvo de la función maternal, es un pecho

bueno porque existe la fantasía de que siempre está disponible y es inagotable, así el objeto puede brindarle amor, entonces hay una sensación de omnipotencia. Pero al mismo tiempo, el objeto adictivo es un pecho malo porque representa la parte persecutoria del objeto introyectado de la madre, también del mismo sujeto, es decir, el objeto adictivo también representa las experiencias malas, la madre “mala” que no supo brindarle amor, entonces el objeto se volverá persecutorio porque no es real y porque produce mucho displacer, todo esto es fantasioso y tarde o temprano, el adicto se dará cuenta que el objeto no es omnipotente y mucho menos él, caerá en cuenta de que solamente esta evadiendo la realidad.

Al respecto, McDougall (1985) señala que probablemente la mejor garantía para que exista un desarrollo satisfactorio y la capacidad para cuidarse en el bebé, sea a través de una pareja sólida que se ame y se desee, de manera que el bebé no se transforme en una extensión narcisista de la madre ni un reemplazo libidinal del padre.

McDougall (1985) también menciona que si esto no sucede, años más tarde se intenta solucionar esa falta de introyección de las funciones maternas y paternas a través de los objetos como las drogas, la comida, el sexo, etc. Es así que el objeto de adicción se vuelve un sustituto de la madre y del padre, o dicho de otra manera, el objeto adictivo sustituye a los primeros objetos sexuales. Generalmente se agrega a esta sustitución, una relación de tipo provocativo con una fuerza externa, dotada de significado paterno, tal como la ley.

Por otro lado, la elección del objeto de la adicción no es obra de la casualidad, como vimos en el apartado anterior existen dos tipos de elección, pero además, McDougall señala que cada elección de objeto no sólo corresponde a una fase del desarrollo en el cual hubo un fracaso del proceso introyectivo, sino que también tiene un significado en términos del ideal que el individuo aspira lograr. Se espera que el objeto de la adicción reemplace o repare a un objeto faltante o dañado en el mundo interno del individuo.

Los individuos cuya economía psíquica funciona predominantemente bajo este modelo, deben recurrir incesantemente a sus actividades de adicción. El

alcance de la compulsión y su severidad, o de otro modo, su proclividad a la adicción dependerá de los peligros de que deberá defenderse, en otras palabras, de la naturaleza de los estados de dolor psíquico que deberán ser dispersos o eludidos mediante la persecución del objeto de la adicción. (McDougall, 1985, pág. 5)

Es decir, éste funcionamiento psíquico alterado busca defenderse del medio, McDougall (1985) expone una clasificación de tres categorías de lo que el sujeto se debe defender:

1. Ansiedades neuróticas. Un intento por resguardarse de conflictos referentes a los propios derechos de adulto de tener relaciones sexuales y de amor y de obtener un placer narcisista en el trabajo y en las relaciones sociales.
2. Ansiedad o depresión. Un intento de combatir los estados severos de ansiedad, frecuentemente de naturaleza paranoide o estados de depresión, acompañada de sentimientos de muerte interna.
3. Ansiedades psicóticas. En muchos casos también la huida de ansiedades psicóticas, tales como el miedo a la fragmentación física y psíquica.

Y añade:

Y en todos los casos subyace un terror globalizado a enfrentar un vacío en el cual el sentimiento de identidad subjetiva está en peligro. (McDougall, 1985, pág. 5)

Con el descubrimiento del objeto de adicción, el individuo sabe exactamente lo que debe hacer en todas las situaciones en las que la emoción lo sobrepasa. (...) Nunca más tendrá que enfrentar una angustia sin palabras ya que ésta será inmediatamente descargada o limpiada a través del acto adictivo. Además el individuo tendrá la impresión de estar ejerciendo un control omnipotente sobre el objeto de sustitución. (ibíd.)

Ahora, volviendo a la idea de que la adicción es una venganza contra los padres, señala que:

Además de dispersar el dolor psíquico, la conducta adictiva representa un intento de saldar cuentas con los objetos parentales del pasado. Invariablemente comprende un triple desafío. (ibíd.)

Nos explica que el paciente con adicción puede vivir esa venganza de diferentes maneras, desde la venganza por la falta de la madre, la venganza hacia el padre, o cuando el mismo sujeto (su Yo) se ha convertido en un objeto malo y persecutorio e intenta acabar con su propia existencia.

McDougall (1985) lo resume en tres puntos:

1. Desafío al objeto materno. Experimentado como habiéndole faltado al sujeto, siendo ahora la función materna delegada al sustituto adictivo. El adicto diría algo así como: "Nunca más te vas a escapar, ahora ya tengo el control sobre ti".
2. Desafío al objeto paterno. Experimentado como habiendo fracasado en su función paterna, existe una actitud desafiante que es a menudo proyectada a la sociedad entera. En este caso, el paciente con adicción pensaría: "No me importa lo que los demás piensen de mi conducta, al diablo con todos ustedes".
3. Finalmente existe, inevitablemente, un cierto desafío a la muerte. Esta puede adquirir dos formas, o bien: "A mí nada me puede afectar, la muerte es para otros" o cuando el sentimiento de omnipotencia cede el paso a un sentimiento de muerte interna, "¿mi conducta podría causarme la muerte?, no me importa, tal vez es lo que quiero".

Hasta aquí, las adicciones como sustitutas de los primeros objetos sexuales. En el siguiente apartado agregaremos nuevos elementos y seguiremos revisando la teoría de Melanie Klein, a fin de acercarnos a la adicción como negación de la realidad.

2.3 La adicción como negación de la realidad

Aquí nos gustaría agregar un elemento muy importante para la presente investigación: la fantasía. Con la fantasía podremos entender el trastorno adictivo como una negación de la realidad, por eso continuaremos revisando la teoría de Melanie Klein, quien le da un peso importante a la fantasía en el desarrollo y, más adelante, hablaremos de la negación de la realidad en la psicosis, debido a que también existe una relación entre adicción, psicosis y sueño.

Comenzaremos hablando de una clara diferencia entre cómo ve Freud el concepto de fantasía y cómo lo ve Melanie Klein. Freud considera que las fantasías inconscientes aparecen hasta el segundo o tercer año de vida, a diferencia de Klein quien piensa que existen desde el nacimiento.

Según Klein, la fantasía es la expresión de las pulsiones y existe desde el comienzo de la vida. Las fantasías inconscientes están siempre presentes y siempre activas en todo individuo, su presencia no indica enfermedad ni falta de sentido de la realidad. Lo que determinará el estado psíquico del sujeto es la naturaleza de estas fantasías inconscientes y su relación con la realidad externa.

Ahora bien, crear fantasías es una función del Yo, por eso a diferencia de Freud, Melanie Klein considera que el Yo existe desde que se nace aunque totalmente desorganizado, aún así es capaz de algunas funciones. En cambio, Freud no cree en la existencia de un Yo como estructura desde el comienzo del desarrollo, sin embargo, si describe algunas de sus funciones en etapas muy tempranas.

Klein piensa que las pulsiones o instintos son buscadores de objetos, de este modo para cada pulsión hay una fantasía correspondiente. Por ejemplo, al deseo de comer le corresponde la fantasía de algo comestible que satisfaga el deseo.

Esta idea de que a cada pulsión le corresponde una fantasía, nos lleva a la satisfacción alucinatoria del deseo que planteaba Freud. Revisemos de qué se trata.

La primera satisfacción la da la madre y ocurre cuando por primera vez el bebé siente hambre (pulsión) y llega el pecho para satisfacer totalmente esa necesidad, significando la mayor experiencia de placer que el bebé va a sentir en toda su vida, no hay otra igual, aunque siempre se intente buscarla. Después, cuando el bebé nuevamente sienta la pulsión de hambre, mientras llega la “verdadera comida”, es decir, el pecho de la madre, él va a fantasear con ese pecho que lo satisfizo tan plenamente la primera vez, hasta llegar al punto de alucinar al objeto, al pecho y así procurarse satisfacción él mismo, sin necesidad de la madre. Hasta este punto, decimos que el proceso alucinatorio todavía es normal, es decir, todo sujeto en sus orígenes, vive una primera satisfacción alucinatoria del deseo, sin embargo, durante el desarrollo el sujeto crea procesos más elaborados para obtener satisfacción, dejando a la satisfacción alucinatoria a un lado.

Ahora, cuando un sujeto adulto, por perturbaciones, regresa a la búsqueda de satisfacción por sí mismo mediante la alucinación, entonces ahí si la satisfacción alucinatoria se vuelve patológica, esto es lo sucede en las adicciones.

Si traemos esta idea a las adicciones, diríamos que ya que la madre no fue capaz de brindar satisfacción, el bebé generó la fantasía permanente de un objeto (el pecho) que brindara algo de satisfacción, es decir, el bebé tuvo que buscar, por medio de una alucinación, la satisfacción propia. Después, con el objeto adictivo se intentará sustituir esa falta real de la madre y esa fantasía de satisfacción, el objeto adictivo sustituye esa alucinación del pecho, de hecho, se convierte en real porque el objeto existe y brinda satisfacción, es decir, ya no se alucina al objeto, el objeto es real. Sin embargo, sigue existiendo una satisfacción alucinatoria en el sentido de que el propio sujeto se brinda satisfacción, sin necesidad del otro.

Y en el mismo sentido, lo que genera la fantasía de vivir la primera satisfacción de placer cada vez que se reproduce el acto adictivo, es el control que se ejerce sobre el objeto adictivo y sus características mismas: la disponibilidad y la inmediatez, una especie de alucinación de que el objeto adictivo es tan poderoso que puede brindarle la misma satisfacción única que sintió la primera vez, además se genera la fantasía de omnipotencia y un poder sobrenatural, de ambos,

tanto del objeto adictivo como del sujeto, es como si se formara uno solo, el adicto y el objeto se convierten en uno solo.

Esta última idea del adicto y su objeto como uno solo, nos acerca nuevamente al concepto de narcisismo del que hablábamos en el segundo apartado. Recordemos que en un primer momento en el desarrollo, la libido se tiene que desplazar hacia los objetos, hacia los objetos primarios, en un segundo tiempo, se elige un objeto para desplazar la libido, diferente de los primeros objetos, a este proceso se le llama elección de objeto y Freud plantea dos maneras para llevarlo a cabo, hasta aquí todavía procesos normales.

En el caso de la adicción se elige por apuntalamiento, como ya lo habíamos señalado, pero debemos aclarar que tanto la elección de objeto por apuntalamiento anaclítico como la elección narcisista, tienen una dosis de narcisismo. Ya realizada la elección de objeto, es decir, la droga u objeto adictivo y ya que se tiene desplazada la libido, llega un momento en que hay un repliegue de la libido hacia el Yo, es decir, la libido se retira de los objetos, a este proceso se le conoce como narcisismo secundario y aquí, ya existe un proceso patológico.

Es una especie de autoerotismo entre el objeto adictivo y el sujeto (autoerotismo porque el objeto adictivo y el sujeto son una mismo), en donde sólo existe interés y satisfacción en el propio ser, ya no hay cabida para el Otro, por eso el adicto es capaz de crear un mundo alterno, fantasioso en donde sólo existan él y su objeto.

Con esta relación simbiótica entre objeto y adicto, podríamos pensar que el sujeto inviste por completo al objeto y preguntarnos en dónde quedaría el repliegue de la libido hacia el Yo del que hablábamos, es decir, ¿realmente sucede un narcisismo secundario? La respuesta es que no hay una libidinización del objeto como normalmente ocurre, más bien, lo que se da es una fusión del objeto adictivo con el sujeto y en efecto la libido regresa al Yo, ya que está vacío y necesita enriquecerse, en realidad la libido queda en el Yo en este segundo proceso porque el Yo se vuelve el objeto, de ahí también, que el ideal del Yo sea el acto adictivo.

Regresando al concepto de fantasía, lo consideramos un componente importante porque además de ser una fuga de la realidad, también tiene una conexión constante e inevitable con las experiencias reales, es necesaria para que podamos distinguir entre afuera y adentro, entre mundo interno y externo. Además, tiene múltiples funciones, como expresión de las pulsiones pero también puede servir como defensa y un medio para escapar de la realidad externa.

Ambas, realidad y fantasía se mezclan y se alteran, a veces se percibe la realidad pero se actúa de acuerdo a la fantasía, otras veces, la realidad impacta fuertemente sobre las fantasías.

Por esta idea de fuga de la realidad es que consideramos fundamental agregar el elemento fantasía. Podemos decir que la adicción, principalmente tiene como función negar una realidad, la realidad del sujeto adicto. Más allá de que el acto adictivo pueda producir placer y calmar una pulsión, el individuo busca “salvarse” de lo que le causa tanto daño (el mundo externo), es cierto que en buena medida la adicción se da por la búsqueda de satisfacción, pero lo más importante es defenderse de la realidad que atormenta y es intolerable (de la falta). De hecho ese placer buscado, lo obtiene al tener la posibilidad de negar lo que está pasando, eso es una fuente de placer, ya que disminuye tensión dentro del aparato psíquico, por lo que la mera búsqueda de placer pasa a segunda término.

También en este sentido, nos inclinamos a favor de que la adicción sea un proceso de conservación y no de destrucción, como muchos otros autores piensan.

Así, el objetivo de la fantasía es satisfacer pulsiones sin ocupar la realidad externa. La gratificación proveniente de la fantasía es una defensa contra la realidad externa de la privación (la falta), pero también puede ser una defensa contra la realidad interna. Además que algunas fantasías se pueden utilizar como defensa contra otras fantasías.

Ahora, no solamente en la patología de las adicciones se utiliza a la fantasía como fuga de la realidad, también sucede en la Psicosis, aunque de manera más exagerada. Lo sorprendente, es que este uso de la fantasía no sólo se da en procesos patológicos, de hecho se utiliza en un

proceso tan normal y necesario como el sueño, porque más que soñar, alucinamos cuando dormimos.

La razón fundamental de por qué relacionamos y comparamos al sueño con las adicciones es, precisamente, por la característica de negación de realidad, un proceso no patológico versus un proceso patológico. A partir de esta característica observamos que hay más cualidades que comparten estos dos fenómenos y que poco a poco desarrollaremos.

Lo que se intenta explicar es en qué punto un proceso normal se pierde y se vuelve patológico, darse cuenta de la frágil línea de un proceso no patológico y un proceso patológico, que es fácil pasar de un lado a otro y al revisar sueño y adicción podemos notar claramente esto que nos cuestionamos. En el sueño se alucina, se niega la realidad y se crea otro mundo fantasioso pero todo está bien dentro del sujeto, existe un equilibrio y una sanidad mental, es decir, todos soñamos; por el otro lado, la adicción también niega a la realidad, también crea otro mundo, ambos procesos utilizan a la fantasía, sólo que en este último, en el intento se destruye el propio sujeto.

Pero antes de profundizar más en el proceso del sueño, continuemos con la formación de la psicosis, que probablemente nos ayude avanzar en nuestra comprensión del tema.

La psicosis es quizá la patología más próxima a la negación de la realidad, ésta patología va a convertirse más adelante en una estructura de la mente y en el caso de la adicción, la organización psicótica se puede volver subyacente.

Segal (1982) nos explica que en toda patología, inevitablemente, existe un regreso a una etapa anterior, de hecho en el primer apartado de este capítulo mencionamos que la adicción es un trastorno que contiene una organización subyacente, la cual es primitiva e infantil, es decir, es regresiva.

En todo trastorno psicológico siempre va a existir una regresión, sin embargo, esta regresión es hacia etapas anteriores en donde ya había alteraciones que crearon bloqueos en el desarrollo y

constituyeron puntos de fijación, es decir, en la enfermedad psíquica se regresa a etapas perturbadas.

Klein nos dice que las primeras perturbaciones graves, como la psicosis, suceden entre la posición esquizo-paranoide y en los comienzos de la posición depresiva.

Cuando se produce una regresión a estas puntos tempranos del desarrollo (la posición esquizo-paranoide), el sentido de desarrollo se pierde y el individuo se psicotiza. Pero si se alcanzó la posición depresiva y se elaboró por lo menos en parte, las dificultades que aparecen en el desarrollo posterior no son de carácter psicótico, sino neurótico.

Klein plantea que durante la posición esquizo-paranoide hay dos procesos psíquicos que se obstaculizan y se vuelven patológicos, de ahí vendría el establecimiento de la psicosis. El primer proceso es la identificación proyectiva y el segundo es el ataque al vínculo que se tiene con el objeto.

Durante la posición esquizo-paranoide, casi al final de ella, el Yo tiene la capacidad de generar mecanismos de defensa, uno de ellos es la identificación proyectiva. Recordemos que en esta etapa ocurren los procesos de identificación, y éste es uno de ellos.

La identificación proyectiva es un mecanismo por medio del cual el Yo deposita un aspecto parcial de sí mismo en el objeto, identificándose luego con él. Así el objeto externo se transforma en una extensión de sí. (Recuperado el 18 de agosto de 2012 en: <http://www.slideshare.net/calapatardo/melanie-klein-defensas-y-posiciones-1431026>)

Klein refiere que este mecanismo no está presente de manera normal sino en los lactantes, como vestigios de las angustias y de los mecanismos esquizoparanoides y desaparecen al comienzo del segundo año. (Recuperado el 18 de agosto de 2012 en: <http://www.slideshare.net/calapatardo/melanie-klein-defensas-y-posiciones-1431026>)

O sea hay una falla en la identificación proyectiva, se utiliza de manera distinta en un proceso patológico que en el normal. Mientras que en la identificación proyectiva normal, el Yo tiende a separar para después integrar y consolidar, en la identificación patológica se tiende a mantener la separación y con ello la destrucción.

En el proceso normal, el Yo proyecta hacia su objeto parcial (pecho) todo lo “bueno” y lo “malo” que guarda, sus objetos internos los proyecta en la madre. También puede proyectar ciertos órganos de percepción como la vista y el oído, primero proyecta, separando, para luego reintroyectar, integrando. En cambio en el proceso patológico, la parte proyectada es hecha pedazos y desfragmentada en partes pequeñas, estas partes son las que proyecta en el objeto y son las que rompen también al objeto, desintegrándolo en partes igual de pequeñas. La realidad se experimenta como persecutoria y entonces se odia toda la experiencia de realidad, externa o interna, es así como el Yo intenta desprenderse de toda percepción a base de la identificación proyectiva patológica y por eso se ataca también al aparato perceptual.

Como el objeto parcial (pecho-madre) es el responsable de mostrarle esa realidad, el bebé lo odia y se propone destruirlo (es un pedazo de realidad ese objeto) y a la vez librarse del aparato perceptual que lo percibió.

Ante la incapacidad de integrar, el Yo sigue escindido, por eso los objetos ideales y persecutorios no pueden reintroyectarse y devolverse al Yo como uno solo, de esta manera el Yo se integraría y el bebé se daría cuenta que tiene características buenas y malas, en cambio lo que pasa es que los objetos devueltos siguen estando disociados, por lo que para el bebé sólo existen dos clases de realidades: lo bueno y lo malo, cada una por separada. El objeto ideal, lo que el bebé quisiera tener y ser, se queda afuera de él, y lo malo se queda en él, el objeto persecutorio es él mismo, es así que surge el sentimiento de envidia hacia el objeto ideal. El bebé está vacío de cosas buenas, se cree malvado, por lo que envidia al mundo externo, específicamente al objeto ideal, porque en él proyecta todo lo bueno y lo que puede brindar satisfacción. Cuando la envidia

es muy intensa, la experiencia de un objeto ideal o persecutorio es igual de dolorosa, el objeto ideal provoca una envidia intolerable.

Como consecuencia del proceso de fragmentación no hay una “limpia disociación” entre objetos ideales y persecutorios, se convierte en un ciclo vicioso pues cada vez que hay dolor de realidad se utiliza la identificación patológica y esta identificación hace que la realidad se vuelva más dolorosa y persecutoria. Se ataca a la realidad mediante la identificación proyectiva patológica.

Ahora bien, el segundo proceso patológico es el ataque al vínculo. Se rompen y atacan vínculos entre el Yo y el objeto (interno y externo) o entre diversas partes del Yo. Por ejemplo, el bebé ataca su propia boca y al pezón del objeto parcial, la boca porque justamente es el vínculo con la madre. Para sobrevivir, el bebé trata de conservar una parte del Yo buena, un objeto ideal protegido, capaz de brindarle ciertos cuidados, debe cuidarlo de los efectos devastadores de la identificación proyectiva patológica.

Por otro lado, ya entrando en la posición depresiva, el Yo utiliza como mecanismos de defensa a las defensas maniacas y a la reparación.

Como recordaremos, en esta fase la ansiedad predominante es depresiva, además de que se caracteriza por la culpa. El bebé se siente culpable por querer destruir al objeto sexual, a la madre, este deseo de destrucción es debido a la gran ambivalencia que se siente por el objeto, el bebé se da cuenta que el objeto puede proporcionarle satisfacción, por eso es bueno, pero ese mismo objeto puede proporcionarle sensaciones desagradables y frustrantes, por eso es malo.

Y esta destructividad pulsional debe ser enfrentada por nuevos mecanismos de defensa (defensas maniacas), distintos de la escisión y la proyección. Así, para Klein, la preocupación por la integridad del objeto es la que cambia los fines pulsionales.

Así, estos sentimientos de ambivalencia y culpa se tratarán de arreglar por medio de las defensas maniacas. Las defensas maniacas se dirigen a evitar y negar la conflictiva depresiva,

huyendo del mundo exterior y negando, evitando o invirtiendo la dependencia del objeto, la ambivalencia, la preocupación y la culpa. Una característica especial de las defensas maníacas es la identificación del Yo con el objeto idealizado.

En realidad, estas defensas maníacas son mecanismos que ya se pusieron de manifiesto durante la posición esquizo-paranoide, pero durante la posición depresiva adquieren características especiales.

La defensa maníaca incluye mecanismos como la idealización del objeto, la omnipotencia y la desvalorización del objeto. La relación maníaca con objetos se caracteriza por una triada de sentimientos: <control, triunfo y desprecio>. Y de hecho esta triada es típica en la relación objeto adictivo y sujeto: el *control* por el objeto es indispensable para el sujeto con adicción, tiene la fantasía de controlar al objeto en cuanto a su disponibilidad; cree *triunfar* cuando hay placer después del acto o consumo, puede creer que triunfa sobre los demás cuando puede lograr la satisfacción sin necesitar de otros; pero después de un tiempo existe *desprecio* cuando se da cuenta que el objeto no es capaz de solucionarles los problemas, es más, genera otros.

Como vemos, las defensas maníacas son indispensables en patologías como la psicosis y la adicción porque son un recurso defensivo que sirve para construir una realidad psíquica más tolerable y alejar de la consciencia los contenidos frustrantes que no se pueden aceptar, para ello se realiza una suerte de estructura en la fantasía, es decir, como si la fantasía se volviera una estructura dentro de la psique, esto sucede por una operación de defensa, de tipo negación.

En el caso de las crisis psicóticas, ocurren cuando ya se han utilizado todos los recursos defensivos y aún así la realidad externa no se puede tolerar, porque se vive como frustrante y dolorosa, incluyendo a todos los vínculos que se tienen con los objetos sexuales, por lo que el Yo decide terminar con el sufrimiento, desconectándose de la realidad, es capaz de fantasear un mundo propio donde encuentre un poco de satisfacción. Pasa como en las adicciones, hay un repliegue de la libido, el Yo retira la libido de los objetos y se desinteresa de cualquier cosa que tenga que ver con el mundo externo.

Ese mismo dolor psíquico promueve que el adicto intente regresar con un acto (el acto adictivo) a etapas anteriores (a la posición esquizo-paranoide), de ahí que un trastorno adictivo contenga características psicóticas. También aquí se utilizan a las defensas para negar la realidad. Ya habiendo negado la realidad, utiliza a la fantasía para construir un mundo alterno, lleno de satisfacción e inmediatez, sin falta y sin el Otro, el objeto adictivo funciona para crear esta fantasía de poder y de omnipotencia, de sentirse completo y sin vacíos. Por eso decíamos que el propio Yo se convierte en un objeto sexual, el objeto adictivo se fusiona con el Yo y se forma uno solo, así el propio sujeto es el que se desea y al mismo tiempo, él puede cumplirse todos sus deseos.

Ahora, las personas con adicción a los fármacos o sustancias psicotrópicas tienen alucinaciones, derivado de los efectos secundarios de estas sustancias, pueden alucinar visualmente, olfativamente y hasta acústicamente, literalmente viajan a mundos alternos. Sin embargo, esta posibilidad de crear mundo alternos y la negación de la realidad se da en todo tipo de adicciones, no solamente con sustancias que alteran el sistema nervioso. Tal vez no se “alucine fisiológicamente” en todos los tipos de adicciones, pero si hay fantasías relacionadas con la construcción de otros mundos que brinden placer, además de una desconexión del mundo externo. Además, en todas las adicciones la alucinación⁵ se da al satisfacer un deseo inconsciente

⁵ La psiquiatría define a la alucinación como percepciones sensoriales falsas, es decir, percepciones que se producen en ausencia de un estímulo externo. Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial-visual, auditiva, olfativa, gustativa, táctil o varias mezcladas. (Extraído el 23 de junio del 2014 de m.tuotromedico.com/temas/alucinaciones.htm). Sin embargo, nosotros entendemos este término como algo muy distinto, con alucinación nos referimos, no a una falsa percepción, no a la reacción fisiológica producida, es decir, a escuchar una voz o a ver un objeto que no existe; más bien nos referimos a procesos psíquicos complejos, específicamente a procesos primarios, ya que a partir de la regresión surge la alucinación. En ese sentido, diríamos que pensar, un proceso secundario, es la sustitución de alucinar. Una alucinación es una regresión, de pensamiento a imagen y sucede, siempre y cuando, estos pensamientos mantengan una íntima vinculación con recuerdos reprimidos o que han permanecido inconscientes. Y si bien las alucinaciones son más comúnmente asociadas con la psicosis, en otro sentido, desempeñan una parte importante en la estructura del deseo de todos los sujetos, que de hecho es como utilizamos el término en este trabajo. Freud sostiene que “el primer deseo parece haber sido una investidura alucinatoria del recuerdo de la satisfacción” (Freud, 1900, S.E., V.5, pág.598). Así, advertimos que el fenómeno de la alucinación lo abordaremos desde 2 investigaciones hechas por Freud: 1) A través de la hipótesis que se refiere a los orígenes de la vida psíquica donde, a partir de la concepción del “desamparo originario”, condición privilegiada de nuestra especie, el niño convoca

Por otro lado, mencionamos que en el sueño existe un proceso de alucinación más que de pensamiento, cada vez que dormimos soñamos, alucinamos otros mundos y evadimos la realidad externa. Freud lo describe como un proceso egoísta pues cuando sentimos sueño no nos importa nada y sólo queremos dormir y desconectarnos de la realidad.

El sueño es necesario para sobrevivir, de hecho puede cumplir una función defensiva, sólo que a diferencia de la adicción, el individuo no tiene la clara intención de evadir la realidad, puede tolerar la realidad externa, al menos un poco de ella. El propósito principal es descansar, y sí, también olvidarse del mundo externo pero como una consecuencia, no como el fin.

Además de que las adicciones y el sueño comparten esta característica de negación de la realidad y construcción de mundos alternos, tienen en común los procesos primitivos psíquicos. Tanto en la adicción como en el sueño predominan los procesos primarios de pensamiento y también la desligazón de la libido y, con ello el cancelamiento de la represión, que en el caso del sueño solamente es momentáneo, pero en la adicción puede llegar a ser permanente.

En el artículo <Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños> de 1917, Freud plantea el dormir como una reactivación de la permanencia en el seno materno, entonces el dormir representa el modelo de un retorno periódico a un estado anterior, caracterizado por la ausencia de estímulos externos y por la evitación de las relaciones con los objetos. El sueño es un acto regresivo igual que las adicciones, en donde el sujeto busca regresar a otro estado, retirar la libido de los objetos y desinteresarse del mundo externo. Así como el proceso del dormir asemeja el seno materno (el vientre), la adicción busca ese espacio, el vientre materno.

Ahora, tanto en las adicciones como en la psicosis, existe un proceso llamado <psicosis alucinatoria de deseo> (una especie de satisfacción alucinatoria de deseo pero patológica), que busca restaurar un modo antiguo de satisfacción, es decir, este proceso alucinatorio que se

alucinatoriamente el pecho materno conforme al funcionamiento del proceso primario; y 2) Mediante su teoría de los sueños, donde estos son considerados como cumplimientos alucinatorios de deseos.

produce cuando se sueña, el adicto lo intenta reproducir en lo real, mediante la droga, para cumplir un deseo, una meta (el ideal sexual), busca reparar la satisfacción que le dio el narcisismo originario y sólo consigue una satisfacción alucinatoria.

Aquí debemos decir que la alucinación pertenece al registro de las afecciones narcisistas, es decir, hay un estancamiento de la libido yóica como en la enfermedad orgánica o en la hipocondría. Freud refiere este estancamiento a una desexualización, es decir, hay un repliegue hacia el Yo de la libido y ya no hay interés ni desplazamiento de la libido hacia los objetos sexuales.

Además, Freud nos dice que la condición para que dé a lugar un retraimiento de la libido es: la creación de un dolor en la afección orgánica, en la hipocondría y en el enamoramiento, es decir, en cualquier caso que suceda un repliegue de la libido hacia el Yo, es debido al dolor psíquico, a un trauma. Lo que nos indica que las formaciones narcisistas protegen al individuo de un trauma sexual, es decir, lo protegen de la falta y del deseo.

También se puede hablar de psicosis alucinatoria del deseo en la abstinencia. Cuando falta el objeto adictivo, se hace una especie de miembro fantasma, esto es lo alucinatorio, se alucina que hay una lesión en el cuerpo o que se perdió una parte del cuerpo por la falta de ese objeto o acto, hay una modificación de la distribución de la libido y convoca una actividad alucinatoria.

Pero paremos aquí, habiendo terminado de explicar la formación de la psicosis y nuevamente empapándonos un poco del proceso del sueño, para dar paso al tercer capítulo en donde profundizaremos sobre las características del sueño, y veremos qué más comparte con la adicción.

EL SUEÑO

“Sueño que devanas la enmarañada trama de la preocupación
La muerte de cada día de la vida, mitiga las llagas del dolor
Bálsamo de las mentes heridas, gran camino secundario de la naturaleza
Proveedor principal del banquete de vida”
Shakespeare

Comencemos este capítulo aclarando una cuestión del término <sueño>. En nuestro idioma, a diferencia de otros idiomas, como el inglés o el francés, la palabra sueño se ocupa para definir tanto a la acción de dormir, vale decir, del proceso fisiológico (o sea aquella en que todos los órganos y partes del cuerpo están entregados al reposo), como para definir la producción onírica, es decir, los sueños. Este hecho de sólo tener un término para definir dos fenómenos separablemente distintos, puede generar confusión, por tanto, nosotros advertimos desde ahora que ocuparemos el término sueño indistintamente, señalando siempre de qué proceso estamos hablando.

Como sabemos, dormir es una necesidad básica para el ser humano, tan básica como comer o beber agua, una tercera parte de nuestra vida está destinada al dormir. Sin embargo, y a pesar de todas las investigaciones científicas realizadas en torno al sueño, aún no se tiene claro cuál es la función principal del dormir y sobre todo qué función tienen los sueños dentro de nuestra vida, de lo único que no se tiene duda es de la vital importancia del sueño para el ser humano. Se ha comprobado que la privación del sueño produce mucho malestar, los individuos a lo que se les impide este acto se tornan psicóticos, llegando incluso a causar la muerte.

Y es que el interés de averiguar qué es el sueño, por qué soñamos, sí todos soñamos y para qué funciona, viene desde épocas prehispánicas, es por esta razón que realizaremos un breve recuento de la historia del sueño en el siguiente apartado.

3.1 Algunos antecedentes históricos

Los seres humanos siempre han estado interesados en los sueños y en el proceso del dormir, sin embargo, el estudio científico del sueño ha surgido desde hace poco tiempo, relativamente. Es interesante observar cómo ha cambiado el concepto del sueño con los años, ya que al igual que el concepto de adicción, ha variado en función del contexto y de la evolución cultural.

En el libro “Que es el sueño” (2001) de Buela-Casal & Miró Morales se plantea una clasificación de distintos momentos para distinguir los cambios en el concepto de sueño a lo largo de los años. La primera etapa abarca desde la antigüedad hasta el año 1600 aproximadamente, es una época intuitiva y mágica, en donde se creía que los sueños eran revelaciones de los dioses o que cuando se soñaba el alma abandona el cuerpo para vagar por el mundo. En ese momento, los sueños se veían como premoniciones, el significado de un sueño siempre representaba una visión del futuro.

Como podemos ver, el concepto del sueño de aquellos años, era muy similar al primero sobre las drogas, se relacionaban con magia, divinidad, religión, una especie de omnipotencia que prestaba la sustancia o un sueño, para hacer que la persona se creyera poderosa o con fuerzas sobrenaturales.

La segunda etapa de los antecedentes del dormir se conoce como empírica o precientífica porque surgen las primeras aproximaciones a estudios científicos, sin embargo, no se tenían los instrumentos adecuados para realizarlos, esta época abarca desde el 1700 y hasta 1930. Durante esta época, paralelamente, la fisiología alcanzaría un extraordinario desarrollo como ciencia, lo que ayudaría al avance en la comprensión del sueño.

El impulso de la fisiología y su auge posterior en tres principales líneas de trabajo: psicología experimental, psicoanálisis y neurobiología, serán de gran importancia para el avance en la investigación del sueño y las

ensoñaciones. (Hobson, 1988, citado en Buela Casal & Miró Morales 2001, pág.29)

En la etapa precientífica comienzan los intentos por localizar un centro del sueño en el cerebro, es decir, se preguntan, cuáles son las áreas o las estructuras cerebrales que se encargan de generar y de regular el sueño. Asimismo, en 1862 Kohlschüter, determina por primera vez la curva del sueño, estableciendo que la profundidad máxima a lo largo de la noche se daba en las 3 primeras horas.

Por lo que al estudio psicológico de las ensoñaciones se refiere, la mayoría de las aproximaciones eran anecdóticas y basadas en la introspección. Maury fue el primer investigador en realizar estudios sistemáticos sobre las ensoñaciones y, por primera vez, habla de las ilusiones hipnagógicas e hipnopómpicas.

Entre 1870 y 1920 se establecen dos teorías principales: la teoría humoral, que propone que alguna sustancia se acumula durante la vigilia y después induce el sueño; y la teoría inhibitoria, según la cual, alguna o todas las estructuras del sistema nervioso dejan de funcionar correctamente como consecuencia del agotamiento de la vigilia.

En síntesis, la mayoría de las teorías contempladas durante el período mágico y el precientífico llevan implícita una concepción del sueño como fenómeno pasivo y homogéneo, enfatizándose sus propiedades restauradoras, o en otras palabras, el sueño era visto como una extensión de la vigilia, sólo que una vigilia disminuida.

Ahora bien, la última etapa que abarca desde el 1930 a la actualidad, es la etapa científica, es aquí donde surgen los primeros estudios científicos y la electroencefalografía:

Se caracteriza por el empleo sistemático del método experimental y por la aplicación de nuevas tecnologías que permitirán un registro y análisis objetivo de lo acaecido en nuestro organismo, especialmente en el sistema nervioso, mientras dormimos. (Buela-Casal & Miró Morales, 2001, pág. 37)

En el año de 1929, el psiquiatra austriaco Hans Berger demuestra que en el cerebro humano se producían oscilaciones de potencial eléctrico y al registro obtenido lo llamó <electroencefalograma>. (Ibíd., 2001, pág. 38)

Por otra parte, gracias a los estudios de Dement y Kleitman (1957) hoy sabemos que todos los seres humanos soñamos pero no se ha llegado a saber cuál es la función del soñar, por lo menos a nivel fisiológico, ha habido pocos avances al respecto; sin embargo, a nivel psicológico se ha avanzado un poco más en el entendimiento de los sueños, la mayor aportación en ese ámbito fue hecha por Sigmund Freud con la publicación de su obra “La interpretación de los sueños” en 1900 (en los siguientes apartados, hablaremos a detalle de su propuesta teórica).

En 1957, Dement y Kleitman establecieron 4 estadios para el dormir, la fase 1 era la más ligera y la fase 4 la más profunda, pero lo que más llamó la atención de estos estudios fue la inclusión de una etapa que descubrieron y añadieron, llamada <fase REM o MOR>, debido a que la característica principal de dicha fase es el movimiento rápido en los ojos, es decir, un movimiento ocular rápido, de ahí su nombre, por su abreviatura en inglés o en español. Además, plantearon una arquitectura del sueño, es decir, que el sueño cumple ciclos y tiene una duración. Un ciclo completo dura alrededor de 90 minutos.

Poco después, Kleitman descubrió que durante la fase REM ocurren los sueños y ya que en todos los seres humanos existe evidencia de esta fase, es imposible que no se sueñe, puede que no se recuerde pero siempre se sueña.

Más adelante, Jouvet y su grupo, siguiendo con los estudios realizados por Dement y Kleitman, descubrieron que al mismo tiempo que ocurrían los movimientos oculares rápidos, también se presentaba una actividad electroencefalografica muy parecida a la de vigilia, es decir, había mucha actividad cerebral y el sujeto que se encontraba en esta fase, presentaba parálisis en los músculos, esto es atonía muscular, por estas dos razones tan singulares y tan diferentes entre sí, también llamaron a la fase REM o MOR <Sueño Paradójico> y a partir de ese momento se propusieron 3 diferentes estados de conciencia: el sueño paradójico, el sueño lento y la vigilia.

El sueño lento se refería a etapas mucho más profundas, el electroencefalograma marcaba casi nula actividad y se planteó que durante el sueño lento ocurrían las pesadillas y servía como reparador de todos los procesos ocurridos durante vigilia.

En ese sentido, autores como Von Humboldt, Wilhelm Pflüger, Thierry Preyer, entre otros, plantean que la función principal del dormir es reparar los procesos dañados durante la vigilia, es decir, la etapa en donde permanecemos despiertos.

Otros autores abogan porque la principal función del sueño es la consolidación de información y eliminación de la que no sirve, de hecho realizan una analogía con una computadora, es decir, al dormir se “resetea” todo lo inservible dentro del “cpu” (la mente) y se consolida la información que es verdaderamente importante.

Finalmente, autores como Hartley, Arckman, Bremer, Pavlov, entre otros, afirman que la función principal del dormir es el descanso, todo organismo necesita de reposo y el sueño cumple con ese cometido. Nosotros concordamos con estos autores en el sentido de que esta función de descanso es fundamental dentro del proceso del sueño, ya que la necesidad de dormir, vale decir, nuestro propio inductor del sueño es la fatiga y el cansancio del esfuerzo diario, el descanso es indispensable no sólo para los seres humanos sino para cualquier ser vivo.

De hecho, el descanso es un fenómeno general de la materia viviente. Todas las plantas y animales manifiestan periodos de movimiento y reposo, aún en los organismos sin un sistema nervioso central desarrollado, se presenta una actividad de reposo, equivalente al proceso de sueño. Por ejemplo, si un gusano de tierra es dividido en varias porciones, cada una de ellas mostrará alteraciones de actividad a pasividad.

Sin embargo, la necesidad de dormir no sólo surge del cansancio sino también de los ritmos biológicos, específicamente de los ciclos circadianos, estos ciclos son una especie de “alarma” que nos avisa cuando es tiempo de descansar o de dormir. Los ciclos circadianos son relojes

internos que nos indican el ciclo de actividad y reposo, todos los seres vivos cuentan con estos relojes internos pero cada especie tiene un ciclo distinto.

En el caso de los seres humanos, entramos en actividad (vigilia) cuando hay luz, y descansamos, dormimos, cuando hay oscuridad, es decir, somos seres diurnos.

Debemos agregar que lo ideal para un ser humano es esta clase de ciclos circadianos diurnos, sin embargo, hay casos especiales en que los individuos no pueden cumplir este ciclo de actividad en el día y reposo en la noche, por cuestiones ajenas a ellos. Como ejemplo están las personas que trabajan por la noche, en estos casos, lo diurno se rompe y el organismo se adapta a otro ciclo, obviamente como dijimos, el descanso es indispensable para permanecer vivos y sanos, por tanto, lo que ocurre es que el individuo descansa por el día y trabaja por la noche, al principio hay serias afectaciones en el ciclo del sueño que poco a poco irán disminuyendo pero que a la larga pueden resultar en bajo rendimiento en las actividades cotidianas.

Otro ejemplo de adaptación en los ciclos circadianos es cuando la gente se va de viaje a países al otro extremo del propio. Por la diferencia de horas entre los países, los ciclos cambian, digamos que el día y la noche cambian de manera drástica para el individuo, en estos casos el organismo se adapta después de un corto periodo de aclimatación.

Ahora, la mayoría de las personas son adaptables a la mayoría de las circunstancias, después de algunos meses o años, dependerá del individuo y sus características, se adaptará a un ciclo circadiano distinto y podrá sobrevivir, sin embargo, hay algunos casos en los que este cambio de ciclo forzado por las circunstancias, termina en enfermedades graves.

Pero regresando a la construcción del concepto de sueño, es hasta mediados del siglo XX cuando el sueño sufriría un giro dentro de su entendimiento, ya que se convertiría definitivamente en un estado fisiológico con entidad propia y ya ningún investigador se atrevería a concebirlo como la mera ausencia de vigilia.

Así, se dejan a un lado las hipótesis pasivas del sueño y se abren paso las hipótesis activas del sueño y fue en Hess donde encontraron su máxima expresión. Él postula que el sueño es un estado fisiológico con valor propio, inducido y controlado de manera activa por estructuras propias y específicas del encéfalo.

Con el paso de los años y el avance de la tecnología, la investigación del sueño ha crecido y se ha hecho más precisa, esto también se debe a los estudios neurofisiológicos y neuropsicológicos que han venido progresando cada día más.

Al mismo tiempo, se han ido descubriendo múltiples neurotransmisores y neuromoduladores relacionados con el ciclo sueño-vigilia. Por ejemplo:

Jouvet en el año de 1969, propuso su <Teoría de las Monoaminas> que insistirá en la serotonina como neurotransmisor implicado en la elicitación del sueño de ondas lentas. (Buela-Casal & Miró Morales, 2001, pág. 44)

Por otra parte, la investigación sobre el sueño a nivel clínico, avanzó ampliamente a partir de los años setenta y hasta la actualidad, así también comienzan a estudiarse sus trastornos derivados.

A partir de la década de los 70, se produce un gran avance sin precedentes en la investigación clínica sobre trastornos del sueño. En 1979 la Asociación de Centros de Trastornos del Sueño (ASDC) publica la primera clasificación de los trastornos del sueño y la vigilia. (Ibíd.)

Como podemos notar, con el tiempo el sueño ha pasado del conocimiento intuitivo a la investigación científica, de un concepto pasivo a un concepto con entidad y características propias. Sin embargo y a pesar del gran avance, la fisiología y la medicina ha dejado a un lado las ensoñaciones o los llamados sueños, desde Dement y Kleitman ha habido pocos estudios respecto a este tema.

Actualmente la mayoría de los médicos y fisiólogos que investigan al sueño, lo definen como:

(...) un estado funcional, reversible y cíclico, que presenta unas manifestaciones conductuales características, tales como una relativa ausencia de motilidad y un incremento del umbral de repuesta a la estimulación externa, a nivel orgánico se producen modificaciones funcionales y cambios de actividad en el sistema nervioso, acompañando todo ello de la modificación de la actividad intelectual que supone el soñar. (Buela-Casal & Miró Morales, 2001, pág. 46)

Sabemos que esta definición es meramente fisiológica y por eso descuida otros aspectos tan importantes como lo psíquico. Es cierto, dormir en parte es un proceso fisiológico, pero no sólo es eso, también es un proceso psicológico, por esta razón intentamos buscar otra definición que incluya a ambos procesos. Y si queremos acercarnos a una definición más psicológica del proceso del sueño, no podemos dejar de pensar en Freud y su propuesta.

Ahora, solamente como un ejercicio, si analizamos la definición fisiológica anterior y la comparamos con lo propuesto por Freud, diríamos que tal vez en la única parte en la que puede haber una leve similitud, es en la característica de reversibilidad aquí, y que en Freud sería la regresión; y seguramente los cambios en la actividad en el sistema nervioso que plantea esta definición, son los cambios de excitación en el aparato psíquico propuesto por Freud. De ahí en fuera, no tiene ninguna similitud, pues es una definición totalmente apegada a lo fisiológico, se ve al sueño como un proceso meramente somático, sin tomar en cuenta los componentes psicológicos. Además, en esta definición ni siquiera se menciona la función del soñar, probablemente porque por mucho tiempo no se le encontró ningún sentido a esta función, pero ahora sabemos que esto no es verdad.

De hecho Freud, en su libro “La Interpretación de los sueños” (1900), define al sueño como un acto psíquico importante y completo y que la fuerza más importante para que se genere es siempre un deseo por realizar.

Nosotros definimos al sueño como un proceso fisiológico y psicológico necesario para vivir, lo fisiológico se refiere a como el cerebro de acuerdo a un ciclo circadiano induce el dormir durante la noche, las estructuras y neuroquímicos que participan en este proceso; y lo psicológico se

refiere a la función del soñar, o sea las ensoñaciones o sueños, aquí también diríamos que el sueño es una expresión de nuestros procesos internos o más claramente de nuestro inconsciente.

Hasta aquí llegamos con la explicación fisiológica del sueño y sus antecedentes históricos, ahora continuaremos con lo que verdaderamente nos interesa: el sueño como proceso psicológico, o más específicamente, qué son los sueños y cuál es su función.

En el siguiente apartado revisaremos a los sueños desde una perspectiva psicoanalítica y apegada a la propuesta de Freud en su libro “La interpretación de los sueños”.

3.2 Las fuentes de los sueños y la teoría de la formación del sueño

Después de revisar de manera breve los antecedentes del sueño y después de haber leído los diferentes puntos de vista de los autores sobre qué es el sueño y cuál es su función, concluimos que el sueño es un proceso diferente de la vigilia, con características propias, tanto fisiológicas como psicológicas y no una extensión de la vigilia como antiguamente se pensaba. Así también lo entendía Freud, como un proceso independiente pero al mismo tiempo contradictorio y sí, puede apoyarse en la vigilia pero es un proceso independiente.

Él decía que las propiedades del sueño no pueden describirse más que mediante una serie de oposiciones que se agudizan hasta la contradicción, por eso menciona como primera característica del sueño, lo contradictorio. Existe una clausura de la vida real durante el sueño pero al mismo tiempo hay una intrusión continua de los pensamientos de vigilia.

Ahora, además de las características fisiológicas mencionadas, el dormir tiene varias características psíquicas a destacar. La primera a notar es la desconexión con el mundo externo y el desinterés hacia él, que conlleva un gran egoísmo por parte del individuo, o dicho de otro modo, existen grandes dosis de narcisismo dentro del proceso del sueño. Durante el sueño ocurre un retorno al narcisismo primario que existió a principio del desarrollo (o sea conservar las cargas dentro de uno mismo, dentro del Yo, y no transferir cargas hacia los objetos).

Además de el desinterés por el mundo, al dormir el sujeto renuncia a todos los envoltorios que cubren su cuerpo, de alguna manera estos objetos son una sustitución de una parte del cuerpo, cosas como los lentes, la dentadura postiza, etc. También se renuncia a la mayoría de las adquisiciones psíquicas. Así, al renunciar a todo, existe una aproximación enorme al punto de partida vital en el desarrollo, el estado del dormir se convierte en una reactivación del seno materno, es decir, a nivel somático hay una regresión temporal o de desarrollo, al seno materno. De hecho el estado del dormir cumple con las mismas características de ese seno materno: cálido, lleno de paz y apartado de los estímulos externos.

Entonces podemos decir que la segunda característica del sueño es que es un fenómeno regresivo, al igual que en las adicciones donde se busca regresar a un estado anterior de satisfacción y seguridad. Ahora, en el sueño se pueden distinguir dos tipos de regresiones, llamadas temporales o de desarrollo, una que ocurre a nivel del Yo y puede llegar hasta la satisfacción alucinatoria del deseo; y la otra que ocurre a nivel libidinoso y puede llegar hasta la reproducción del narcisismo primario. Analizaremos más a fondo estas dos ideas más adelante.

Por otro lado y siguiendo con las características psíquicas del sueño, hay una tercera característica importante y es la capacidad diagnóstica, es decir, con los sueños nos podemos dar cuenta de alguna enfermedad futura, o de algún dolor o enfermedad que es imposible detectar en vigilia. Lo que sucede es que al retirar toda la libido (interés o carga) del mundo externo y de los objetos, todo ese interés ahora queda en el Yo, en términos simples, al desconectarse del mundo, un individuo es capaz de darse cuenta de sus propias afecciones.

Y una última característica del sueño es la proyección, expresar un proceso interior hacia el exterior, de cierta manera el sueño ocupa al mecanismo de defensa de la proyección, lo que nos indica que el sueño es una defensa contra perturbaciones, ya sea del exterior o internas.

A partir de esta idea de defensa y de que el sueño es una proyección, podemos proponer que el sueño también puede ser un síntoma, al igual que una adicción. ¿Cómo es esto? Un sueño

puede ser un síntoma del proceso del dormir, porque cuando soñamos expresamos el proceso interno, es decir, ese sueño se convierte en la expresión del proceso, en el síntoma.

Ahora, más específicamente, un sueño puede ser leído como síntoma porque es una expresión de nuestro inconsciente que se resuelve cuando se alucina en el sueño, es decir, cuando se cree que el sueño realmente sucedió, de esta manera el inconsciente deja de reprimir el conflicto interno, lo exterioriza y lo resuelve momentáneamente. Decimos que puede ser leído porque para el psicoanálisis, un síntoma es una forma de escritura, en términos concretos, el síntoma es una expresión de un conflicto inconsciente. Analizaremos más a fondo esta idea de síntoma y sueño en el siguiente capítulo.

Por otra parte, si recordamos que en el apartado anterior hablábamos de que una de las funciones más importantes que se le atribuye al dormir es el descanso, desde ahí podemos decir que el descanso no sólo es indispensable para el ser humano a nivel fisiológico, también es indispensable para la formación de los sueños, es decir, a nivel psíquico. Para que comience la formación de un sueño es fundamental el estado de reposo, más aún, todas estas características esenciales del sueño, que mencionamos en párrafos anteriores, son determinadas por la condición de reposo.

Freud nos dice que *“el estado de reposo hace posible la formación de los sueños, disminuyendo la censura endopsíquica”* (Freud, 1900/ 2011, vol. 1, pág. 666), es decir, que durante la noche y por el reposo, las resistencias de la vigilia se relajan y permiten expresar los conflictos inconscientes mediante los sueños. Asimismo nos dice que existen dos factores indispensables para que se de esta formación del sueño: la debilitación y la sustracción a la censura, que a su vez, ambos factores, dependen del estado de reposo, de ahí que sea tan importante.

Esta censura endopsíquica que menciona Freud, existe en vigilia entre el Inconsciente y el Preconsciente y se relaja gracias a este estado de reposo, esto permite la fuga de contenidos reprimidos del Inconsciente al Preconsciente. Además, el estado de reposo garantiza que los contenidos reprimidos del inconsciente no realicen modificaciones permanentes en el mundo

externo, es decir, al estar acostados se cierra la puerta a la motilidad, es imposible poner en movimiento al aparato motor cuando un sujeto descansa, por eso podemos decir que durante el sueño cualesquiera que sean los impulsos del Inconsciente son inofensivos, a diferencia de si esta relajación de la censura ocurriera en vigilia, aquí si sería muy peligroso, sí ocurriera estaríamos hablando ya de una patología.

Y ya que tenemos lista esta condición de reposo, ¿qué sigue, qué es lo que provoca un sueño, qué tipo de impulso produce un sueño, qué es lo que genera un sueño, o por qué se sueña? Freud nos explica que los sueños son la reacción ante estímulos perturbadores que quieren interrumpir el dormir, ya sean externos o internos, el sueño es una defensa contra esas perturbaciones que quieren impedir el proceso. Él dice:

(...) las causas de la perturbación del dormir, es decir, las fuentes del soñar son de diversas clases y la función de generar sueños pueden asumirla tanto estímulos corporales como excitaciones anímicas. (Freud, 1900/2000, pág. 36)

Como ya dijimos y aquí lo confirmamos, el sueño es una defensa, una defensa contra un estímulo que intenta interrumpir un proceso y el organismo va a buscar evitarlo de cualquier manera, por eso se sueña, a través de los sueños se intenta no interrumpir el dormir, aunque a veces el sueño no es capaz de evitar su interrupción y de todos modos el individuo despierta.

Ahora, que el sueño tenga éxito o que fracase como defensa dependerá de los sistemas psíquicos, esto es, de que tanta carga o investidura conserve cada sistema y de que tanto domine el Yo.

Siguiendo con las perturbaciones del dormir, los estímulos externos que generan un sueño pueden ser de diversos tipos, desde el ruido de un coche, hasta escuchar nuestro nombre. Y en el caso de los estímulos internos sucede lo mismo, hay de varias clases, pueden ser de fuente orgánica, es decir, un dolor de algún órgano o una fuente psíquica, los llamados restos diurnos.

Al respecto Freud propone una clasificación sobre las fuentes o estímulos que generan un sueño:

1. Excitación sensorial externa (objetiva)
2. Excitación sensorial interna (subjctiva)
3. Estímulo somático interno (orgánico)
4. Fuentes puramente psíquicas de estímulos

La excitación sensorial externa (objetiva) se refiere a todos los estímulos que provienen del ambiente y que pueden adentrarse en nuestro organismo. Es cierto que cuando dormimos caemos en un estado inconsciente, nos desconectamos del mundo exterior casi al cien por ciento, pero no totalmente y es ahí donde podemos percibir algunos estímulos que se mezclan entre sueños en diferente forma. Por ejemplo el ruido de una sirena o de la campana de la iglesia, incluso el ruido de nuestro despertador.

La excitación sensorial interna (subjctiva) son las llamadas ilusiones hipnagógicas, es decir, los estímulos que generan estas ilusiones son externos, algún tipo de luz o movimiento mientras estamos cayendo a etapas profundas del sueño, sin embargo, las ilusiones son internas, nuestra mente las produce.

Los estímulos somáticos orgánicos son aquellos, que como su nombre lo indica, vienen de nuestro cuerpo y generalmente son malestares que no se han atendido o que se producen durante la noche, interrumpiendo el descanso, alguna enfermedad, algún dolor o incluso, una necesidad básica del organismo como por ejemplo, el hambre, la sed o ir al baño. El sueño entra como defensa para que no se logre la interrupción del sueño, por eso Freud también decía que el sueño es un cumplimiento de deseo, porque se cumple en el sueño lo que se desea. Por ejemplo si durante el dormir existe sed, para evitar el despertar se sueña con agua, que se bebe y se sacia la sed, en ocasiones con esto es suficiente y no se interrumpe el dormir, pero en otras ocasiones es tan fuerte el estímulo o necesidad que de todas formas se interrumpe el proceso del dormir.

Finalmente, las fuentes puramente psíquicas son los restos diurnos de la vigilia, representaciones preconscientes que se generan en el aparato psíquico, esta fuente es la más compleja de comprender pero también la más interesante.

Lo común de todas las fuentes de los sueños, no importa que sean estímulos externos o internos, es que son perturbaciones que intentan interrumpir el proceso del dormir y que el sueño sale en defensa para poder resolverlos o tramitarlos.

Y ya que conocemos de dónde provienen los sueños, vale decir, las fuentes de los sueños, nos convendría revisar la teoría de la formación de los sueños que propone Freud, a fin de conocer cómo ocurre el proceso paso a paso y hasta donde termina el proceso.

Él dice que el sueño es un modelo normal de afecciones patológicas, por eso partió del estudio de un proceso normal para llegar a un proceso patológico, prácticamente es lo mismo que nosotros estamos haciendo al tratar de entender las adicciones desde la relación existente con el sueño.

La teoría de la formación del sueño se puede esquematizar en tres puntos, que a continuación desarrollaremos.

1. Refuerzo de los restos diurnos preconscientes por el inconsciente
2. Producción del deseo onírico
3. Regresión tópica

Antes de comenzar con la teoría de la formación del sueño, nos gustaría explicar en qué consisten los sistemas psíquicos, ya que nos ayudará a entender esta teoría.

Freud plantea un esquema de sistemas psíquicos con base en el “arco reflejo”, homólogo, a lo que sería más adelante, las instancias psíquicas: el Ello, Yo y Superyo.

Lo primero que debemos saber es que toda nuestra actividad psíquica parte de estímulos internos o externos y termina en inervaciones. El aparato psíquico cuenta con una entrada y una salida de información, es decir, hay un extremo sensitivo que recibe todas las percepciones (sistema de percepciones) y un extremo motor (sistema motor) que descarga las excitaciones producidas por las percepciones a través de la motilidad.

Estas percepciones dejan rastros o trazas llamadas huellas mnésicas o mnémicas, en realidad así comienza la formación de la memoria, vale decir, la función de los sistemas mnésicos es la memoria, o dicho de otra manera, las huellas mnémicas son modificaciones permanentes de los elementos del sistema.

Freud nos dice que por el hecho de que el mismo sistema tenga que modificar y conservar sus elementos, el sistema de percepciones, a su vez, se tiene que dividir en dos sistemas diferentes que realicen los dos diferentes procesos, un sistema anterior que acoge a los estímulos de percepción y no conserva nada de ellos y detrás de este sistema, hay otro que transforma la momentánea excitación del primero en huellas duraderas.

Ahora, el sistema de percepciones está lleno de elementos que se asocian y se enlazan entre sí, las huellas mnémicas van formando una especie de enredado, conectándose unas con otras, es decir, gracias a esta característica de asociación se pueden dar modificaciones de las percepciones recibidas.

Por otro lado, nuestros recuerdos, que son formados por las huellas mnémicas, son inconscientes, pueden volverse conscientes en algún momento pero en realidad son inconscientes, y de hecho cuando un recuerdo se vuelve consciente no muestran calidad sensorial, o es muy pequeña.

Freud confirmaría tiempo después, en 1925, que el devenir consciente surge en lugar de la huella mnémica o recuerdo, es decir, la Consciencia traduce o transforma en otro tipo de contenido, eso que fue la huella mnémica.

Pero por qué los recuerdos forman parte del Inconsciente. La razón es porque las huellas mnémicas traen consigo imágenes de lo más temprano del desarrollo, rastros de la primera infancia y de todas las fantasías que se generaron alrededor de ello (fantasías originarias), por lo que todos estos contenidos tienen que ser reprimidos debido a las fuertes impresiones causadas y a los afectos tan intensos que provocan; sin embargo, no debemos olvidar que con estas intensas impresiones se va formando el carácter o personalidad.

Así que, basado en el “arco reflejo”, Freud propone tres sistemas para el trabajo psíquico: el Inconsciente (Icc), el Preconsciente (Prcc) y el Consciente (Cc). El sistema Preconsciente es una pantalla entre los otros dos sistemas, una especie de puente de comunicación, los procesos de excitación que entren al Preconsciente pueden pasar directamente a la Consciencia siempre y cuando se satisfagan ciertas condiciones, como la intensidad, la atención, etc. El sistema Inconsciente está detrás de él y no tiene acceso a la Consciencia, si en algún momento ocurre, es solamente por medio del Preconsciente, sin embargo, durante el paso del Inconsciente al Preconsciente, las percepciones o representaciones ya sufrieron modificaciones. Estos dos sistemas (Icc y Prcc) son cercanos al extremo motor del aparato, en cambio el sistema Consciente es cercano al extremo sensitivo, de hecho el Cc coincide con el sistema de las percepciones, ya que una percepción es la operación de este sistema.

Con base al párrafo anterior, nos preguntamos, en cuál de estos sistemas se produce la formación de un sueño y la respuesta es en el sistema Inconsciente (Icc), sin embargo, debemos advertir que el proceso no es tan simple, hay un intercambio de excitaciones y fuerzas entre todos los sistemas, sólo que el sistema Icc es el punto de partida para la formación del sueño.

Al respecto Freud explica que

La fuerza impulsora del sueño es aportada por el sistema Inc. [...] Este estímulo onírico exteriorizará, como todos los demás productos mentales, la tendencia a propagarse al sistema Prec. y acceder desde ahí a la conciencia. (Freud, 1900/2000, pág. 476)

Y si es en el sistema lcc donde comienza toda la formación del sueño, ¿qué pasa con los demás sistemas? Encontraremos la respuesta en la teoría de la formación del sueño, que a continuación explicaremos.

De acuerdo al esquema que propusimos para la formación del sueño, el primer paso para que se forme un sueño es el refuerzo de los restos diurnos por el inconsciente. Como hemos visto cuando se duerme se retiran todas las investiduras (cargas) del mundo externo para que nada interrumpa al sueño, sin embargo, a pesar de esta instrucción, que es dada por el Yo, quedan pensamientos preconcientes investidos, es decir, restos diurnos y con estos restos diurnos comienza la formación de un sueño. Ahora, los restos diurnos están investidos débilmente, por lo que necesitan de un refuerzo y este refuerzo lo dan las representaciones o mociones inconscientes.

Con anterioridad mencionamos que una característica importante dentro del sueño es la desconexión con el mundo externo, o dicho de otro modo, el egoísmo o narcisismo de este proceso, es por esta característica narcisista que el sueño intenta obligar a todos los sistemas (lcc, Prcc y Cc.) a deshacerse de sus investiduras, intenta desconectarse del mundo externo totalmente, pero sólo lo logra en parte. El sistema Inconsciente (lcc) conserva sus cargas o gran parte, ignorando las instrucciones del Yo, se vuelve independiente, no obedece al Yo porque hay una parte reprimida, por eso mismo también debe producir un gasto de represión (contrainvestidura) y mantener la censura con el sistema Preconsciente (Prcc), aunque no en toda su fuerza, durante el proceso del sueño hay una relajación entre Prcc e lcc (la censura endopsíquica que mencionamos), lo que permite la comunicación y así la formación y el refuerzo de los restos diurnos.

Es importante saber que entre más fuertes sean las investiduras pulsionales del Inconsciente, vale decir, entre más excitado este el sistema lcc, más inseguro será dormir, ya que el Yo se siente incapaz de inhibirlas, de ahí que en ocasiones, un individuo despierte de un sueño

o, más aún, renuncie al deseo de dormir porque teme a sus sueños. Aquí habría un fracaso del sueño como defensa.

Entonces, la necesidad de dormir provoca que el individuo quiera regresar a un estado de narcisismo absoluto o primario (como el que existió al principio del desarrollo) pero como no sucede así, se forman fracturas o rompimientos del narcisismo, gracias a estas fracturas continúa la formación del sueño y así se forma el deseo onírico.

La primera fractura sería por las mociones reprimidas del Inconsciente, es decir, lo que ya mencionamos, en donde el Inconsciente no obedece al Yo por las mociones reprimidas y así evita el vaciamiento de todos los sistemas, y con ello se acaba el narcisismo primario. Como segunda fractura, están los pensamientos diurnos preconscientes o restos diurnos que se resisten a dejar sus investiduras.

Freud nos dice que prácticamente ambas fracturas del narcisismo primario son idénticas en el fondo, tienen la misma función, que es romper con el narcisismo primario y generar el refuerzo del Inconsciente a los restos diurnos:

La resistencia de los restos diurnos puede depender de su conexión, existente ya en vigilia, con impulsos inconscientes. Pero también puede suceder [...] que los restos diurnos, no despojados totalmente de su carga, se pongan en relación con lo reprimido solamente después de la conciliación del reposo, merced a la mayor facilidad de comunicación entre los sistemas Pre.e Inc. (Freud, 1917/2011, vol. 2, pág. 2085)

Y nos explica que en ambos casos es el mismo resultado:

[...] queda constituido el deseo onírico preconsciente, que da expresión, con el material de los restos diurnos preconscientes, al impulso inconsciente. (Ibíd.)

Como bien lo explica Freud, al romperse el narcisismo primario, los restos de excitación que quedan invisten al Inconsciente (Icc) y al Preconsciente (Prcc), el Prcc queda investido con restos diurnos, estos restos diurnos se “unen” a una representación reprimida que viene del Inconsciente

(lcc), a fin de tomar fuerza y poder generar el sueño, convirtiéndose en el deseo onírico, que es el segundo punto del esquema.

Ahora, no debe confundirse el deseo onírico con los restos diurnos, no es lo mismo. Los restos diurnos no solamente pueden ser deseos, también son impulsos psíquicos de cualquier otro tipo o simplemente impresiones recientes; más claramente, los restos diurnos son preocupaciones de la vigilia, asuntos que dejamos pendientes durante el día, todo lo que en el día pueda percibir nuestro sistema Consciente (Cc) y también son impresiones indiferentes, es decir, percepciones que captamos en el día y a las cuales no pusimos atención. Toda esta labor intelectual diurna, es la que provoca un deseo inconsciente.

Por último, en cuanto a las características de los restos diurnos, anteriormente habíamos mencionado que el sueño es una defensa, los restos diurnos también colaboran con el éxito o fracaso en la defensa que intenta sueño, ya que esta actividad intelectual en vigilia es la responsable de las perturbaciones durante el sueño, y no el sueño, como sabemos, éste cumple una acción protectora.

Aquí debemos acotar que el sistema lcc trabaja con material libre de asociaciones, por lo que necesita asociarse con algo más y esto es los restos diurnos, específicamente las impresiones indiferentes, que al parecer no causaron ningún efecto dentro de la psique y que están libres de asociaciones aún. A su vez, los restos diurnos necesitan de una fuerza impulsora (deseo inconsciente), por lo que los restos diurnos “se asocian” con los contenidos reprimidos del inconsciente, formando el deseo onírico.

Freud nos dice que la representación inconsciente es incapaz, como tal, de llegar a lo preconscious, lo único que puede hacer es exteriorizar en él un efecto, enlazándose con una representación preconscious no censurable, a la que transfiere su intensidad y detrás de la cual se oculta, este proceso es lo que Freud llama transferencia.

¿Pero por qué se necesitan impresiones indiferentes para que se pueda formar el deseo onírico? porque al ser tan poco importantes dentro del aparato psíquico, son el perfecto disfraz para ocultar el deseo reprimido del inconsciente. De ahí que la mayoría de los sueños que recordamos, empiecen con contenidos recientes o contenidos triviales.

Ahora, este deseo onírico formado solamente tendrá cumplimiento en el proceso del sueño, por eso Freud dice que el deseo onírico es una fantasía que cumple un deseo.

Después de haberse formado el deseo onírico, qué pasa con él, cuál es su destino final, Freud plantea como único destino posible, la regresión tópica, y este es el último punto en la teoría de la formación del sueño.

En la regresión tópica sucede el intercambio o conversión de representaciones verbales a imágenes sensoriales, de representaciones de pensamiento (abstracto) a representaciones cosa (concreto). Básicamente, la regresión tópica es una transformación de contenido de representaciones pensadas, en imágenes sensoriales, a las que prestamos fe y creemos vivir. Es una regresión de representaciones, que va del preconscious al inconsciente, o como lo expresaría Freud en la Metapsicología de los sueños:

La inversión de curso de la excitación, desde el sistema Prec. hasta la percepción, a través del Inc., es al mismo tiempo un retorno a la fase de la realización alucinatoria de deseos. (Freud, 1917/2011, vol. 2, pág. 2086)

Por esta regresión tópica, los restos diurnos se convierten principalmente, en imágenes visuales, es decir, de representación-palabra pasan a ser representación-cosa.

Las presentaciones verbales existentes entre los restos diurnos son tratadas como presentaciones de cosa y sometidas a los efectos de la condensación y desplazamiento solamente cuando constituyen residuos actuales y recientes de percepciones y no una exteriorización de pensamientos. (Ibíd.)

Entonces podemos decir que los sueños prefieren imágenes a palabras, pero que incluso estos contenidos de texto tienen el carácter de representación cosa y no de pensamiento. Ahora,

desde aquí, también podemos decir que la regresión tónica es necesaria para transformar las representaciones a cosa (imágenes) y de ahí que el sueño sea alucinado y no pensado.

Por otro lado, si pensamos la regresión tónica desde los sistemas psíquicos, diríamos que esta transformación de las representaciones abstractas a representaciones concretas es porque en el sueño se trabaja con el Inconsciente, es decir, con procesos primarios, mientras dure el sueño se deja a un lado los procesos secundarios y como sabemos, los procesos primarios son menos elaborados, sólo hay representaciones de cosas y no representaciones de pensamientos. (Más adelante explicaremos un poco más en qué consisten los procesos primarios y secundarios)

Toda esta transformación ocurrida durante la regresión tónica nos lleva a ver que el deseo onírico formado, es alucinado durante el sueño y es alucinado gracias a la regresión que sufre, de pensamiento a imagen, es decir, debido a la alucinación, el deseo onírico se cree cumplido realmente. A esto es a lo que Freud se refiere con cumplimiento alucinatorio del deseo, es decir, durante el sueño se expresan los deseos ocultos o reprimidos, sólo momentáneamente, pero sirve para cumplir ese deseo inconsciente, además de para liberar tensión de la psique, el deseo reprimido se cree cumplido por la alucinación.

Para finalizar con la teoría de la formación del sueño diremos que un sueño termina cuando se vuelve percepción, es decir cuando llega al sistema Cc. O explicado de otra manera: el proceso onírico termina cuando el contenido del pensamiento regresivamente transformado y convertido en una fantasía de deseo (deseo onírico) se hace consciente bajo la forma de una percepción sensorial.

Y ya que tanto hemos hablado del deseo, valdría la pena revisar el concepto de deseo y cómo interviene dentro del sueño.

3.3 Realización de deseos

Más allá de todo lo que hemos dicho acerca del sueño, debemos recordar que para Freud el sueño siempre fue una realización de deseos y probablemente el concepto de deseo es tan importante en psicoanálisis, por el hecho de ser el que origina las actividades psíquicas, es decir, el surgimiento del deseo inaugura al psiquismo y lo que es más, el deseo es el motor del psiquismo.

Comencemos pues hablando de qué es el deseo. El deseo es estar en falta, o dicho de otro modo, el deseo consiste en evitar la castración y buscar satisfacción siempre, pero al mismo tiempo el deseo no puede existir si no existe la castración o falta, es decir, siempre se va a desear lo que se no tiene, lo que nos hace falta. Esta falta que mencionamos, sólo es a nivel sujeto, no a nivel fisiológico, eso es otra cosa llamada necesidad y debemos tener claro que el deseo, no es lo mismo ni se parece, a una necesidad natural o una demanda.

Una necesidad es una exigencia de la vida del organismo para su supervivencia, la necesidad va en el sentido de la supervivencia y la adaptación, el deseo no. El deseo no es una función vital que pueda satisfacerse, de hecho el deseo, por decirlo de alguna manera, es indestructible, el deseo siempre va a estar insatisfecho.

Ahora, la demanda surge de la necesidad, esto es: como bien sabemos, a diferencia de otras especies, los seres humanos siempre vamos a necesitar del Otro para la crianza y para poder sobrevivir, también se necesita de Otro para satisfacer una necesidad, el Otro va a leer esta necesidad como una demanda y a partir de eso la atiende; y como la falta se genera en el Otro (o sea el mundo externo) y no en nosotros mismos, el deseo siempre va a existir y nunca va a quedar satisfecho.

Cuando mencionamos que el deseo inaugura el psiquismo, nos referimos a que al principio del desarrollo se da una forma de satisfacción total, la llamada primera vivencia de satisfacción,

pero después, a partir del deseo, va a surgir otra forma de satisfacción: la realización alucinatoria del deseo.

De la primera vivencia de satisfacción ya habíamos hablado en el capítulo anterior, basta con recordar que la primera satisfacción es real y la otra forma de satisfacción es alucinatoria, es decir, el bebé tiene hambre (necesidad) y es satisfecho por la madre (Otro) mediante el alimento (demanda). Esa sensación de satisfacción que dio algo real, en este caso el alimento, queda inscrita en el bebé como una representación en la psique (huella mnémica) y más adelante se evocará a esa representación alucinando al objeto, que ya perdió y satisfaciéndose él mismo. Podemos decir que la necesidad logró construir una representación psíquica, ésta provino de la huella mnémica que dejó la experiencia, convirtiéndose en deseo.

Un componente esencial de esta primera vivencia es la aparición de una cierta percepción (el pecho de la madre dando alimento), cuya imagen mnémica queda, de ahí en adelante, asociada a la huella que dejó en la memoria, la excitación producida por la necesidad. La próxima vez que esta excitación sobrevenga, o sea la próxima vez que surja la necesidad de hambre, la representación psíquica creada querrá investir de nuevo la imagen mnémica de aquella percepción real y producir otra vez la misma percepción, vale decir, en verdad, restablecer la situación de la satisfacción primera. Todo esto que sucede a partir de satisfacer una necesidad real es lo que llamamos deseo y la reaparición de la percepción es el cumplimiento de deseo, es decir, la alucinación del objeto perdido y con ello la propia satisfacción, sin necesidad del Otro.

Después de la primera vivencia de satisfacción, la necesidad corporal siempre surgirá unida a las representaciones que dejen aquellas vivencias. Así, llamamos deseo a la ligazón que se establece entre la necesidad corporal y la representación psíquica.

Además, podemos decir que el deseo surge a partir de la falta del objeto. El deseo será, por lo tanto, un deseo del objeto con el que se busca realizar actos y que el objeto realice otros, para poder volver a sentir la sensación de satisfacción o placer de la primera vez.

En el mismo sentido de pérdida, el Diccionario de Psicoanálisis de Roland Chemama (2002), define al deseo como la falta inscrita en la palabra y efecto de la marca del significante en el ser hablante. Y dice que el deseo, más que cualquier otra cosa, es una falta en el Otro, articulada en la palabra y el lenguaje.

Al respecto podemos decir que el lenguaje nos diferencia de otras especies y que sólo los seres humanos tenemos deseos, en los otros animales existen necesidades naturales pero nunca el deseo. Por tanto, solamente a partir del lenguaje podemos desear, de ahí que Chemama diga que el deseo es articulado a partir de la palabra.

Se entiende pues que el deseo va inherente a la pérdida y al Otro, mientras haya Otro hay deseo y mientras se sea Sujeto va existir el deseo.

Ahora bien, dentro del tema que nos interesa la realización de deseos no siempre se muestra claramente, al contrario, muchas veces parece que los sueños no tienen nada que ver con un cumplimiento de deseo, Freud mismo se confundió con algunos sueños de sus investigaciones, pero al final siempre comprobaba su hipótesis.

A partir de esa confusión y para comprobar que los sueños si son realizaciones de deseo, Freud dividió a los sueños en dos grupos. Existen sueños que muestran de forma abierta esta realización de deseo, que llamó los sueños de deseo; y otros que parecen no cumplir con esta característica, intentan ocultar o disfrazar el verdadero sentido, son sueños distorsionados por la censura onírica, a éstos los nombró sueños de angustia.

La mayoría de los sueños están disfrazados, transformados en otros contenidos y solo después de un detallado análisis, se descubre que si es una realización de deseo y no otra cosa. En ese sentido, la realización de deseos se mantiene oculta en la mayoría de los sueños, porque el deseo que se quiere realizar surge del Inconsciente, de lo reprimido. Por esta misma razón, los sueños de deseo suceden casi siempre en los niños y no en los adultos, ya que en los niños existe un deseo insatisfecho pero no reprimido de la vida despierta.

Cuando el sueño encuentra contenidos contrarios a la realización de deseos, es decir, representaciones dolorosas o preocupantes, emprende un proceso de distorsión para defenderse. Puede realizarlo de dos maneras: sustituir todas las representaciones penosas por representaciones de satisfacción, eliminar los efectos displacenteros y, entonces, surge un sueño puro de realización de deseos (los sueños de la primera categoría); o pueden transformarse esas representaciones penosas y dolorosas al contenido manifiesto, como en las formaciones reactivas (los sueños de la segunda categoría), aunque pueden reconocerse con el debido análisis posterior.

Pero ¿por qué el sueño tiene que distorsionar los contenidos del deseo inconsciente y reprimido? la respuesta es que en el lcc existen contenidos sexuales, pulsiones incapaces de ser toleradas por el sujeto y por eso deben reprimirse, para generar un equilibrio dentro del aparato psíquico. Sin embargo, debemos advertir que no desde siempre ha existido una represión de ese tipo, al principio del desarrollo la represión es mucho menor, de hecho cuando somos niños aún no existe una separación bien definida entre Preconsciente e Inconsciente, por tanto, los contenidos sexuales pueden fluir libremente dentro del aparato psíquico.

Al principio de la vida infantil, los contenidos son tolerables por la Consciencia y se vive una sexualidad infantil sin represiones, más adelante, cuando somos adultos, toda esa sexualidad infantil o contenidos sexuales del lcc son reprimidos e incapaces de recordarse como contenidos nuestros.

Con los párrafos anteriores entendemos bien a bien porque los sueños más comunes en los adultos son los sueños de angustia, los del segundo grupo. Y es que la angustia va inevitablemente ligada a la neurosis, por lo tanto, proviene de fuentes sexuales, es decir, la angustia que se tiene por esta clase de sueños se debe a que en el fondo estamos reprimiendo un deseo inconsciente sexual, generalmente de procedencia infantil y lo convertimos en lo contrario para mantenernos a salvo, de ahí la distorsión del sueño.

Al respecto, Freud dice que la magnitud de la supresión por el Preconsciente revela nuestra salud psíquica, entonces si en los sueños de angustia hay una menor supresión del Prcc, revela

también conflictos neuróticos que no se han atendido y que el sueño intenta resolverlos de momento.

Así, con todas estas ideas de la sexualidad infantil y los contenidos reprimidos, podemos entender por qué existen sueños de contenidos muy antiguos y no solo sueños de contenidos recientes, ya que Freud nos dice que, finalmente, muchos de nuestros sueños son realizaciones de deseos de nuestra sexualidad infantil. O en otras palabras, se puede describir al sueño como la reactivación de una fantasía infantil:

(...) como el sustituto de una escena infantil, modificada por transposición a lo reciente. La escena infantil parece incapaz de conseguir su renovación real y tiene que contentarse con retornar como un sueño. (Freud, 1900/2000, pág. 480).

Al fin y al cabo, el sueño es un estado regresivo casi al día de nacimiento, entonces por qué no pensarlo como un regreso a nuestras vivencias de la primera infancia, en donde había menos represión.

Por otra parte, además de los dos grupos de sueños ya expuestos, Freud clasificó un tercer grupo de sueños, que también están disfrazados y, que son, al igual que los de angustia, displacenteros, a este grupo de sueños lo llamo, sueños punitivos, es decir, son sueños que surgen como castigo por querer realizar un deseo ilícito reprimido.

A diferencia de los sueños de angustia, estos sueños no son generados por el deseo inconsciente procedente de lo reprimido, sino son formados por el deseo que reacciona a él, procedente del Yo, aunque también inconsciente.

Y aunque Freud no menciona, en ese momento, al Superyo como tal, esta instancia está ahí implícitamente, además de darle una participación importante al Yo en el sueño. Los sueños punitivos son generados por una instancia localizada en el Yo llamada el <ideal del Yo>, por lo que se cumple un deseo generado por el ideal del Yo.

Ahora bien, Freud cree que un deseo insatisfecho puede generar un sueño en los niños, pero no en los adultos, en ellos no puede ser tan simple. En los adultos no hay deseos insatisfechos nada más, sino reprimidos, por eso piensa que debe haber algo más complicado que los restos diurnos o el deseo remanente durante el día para que se forme un sueño, él piensa que hay un deseo inconsciente homólogo que refuerza.

En esta teoría de la realización de deseos, Freud disminuye la importancia de los restos diurnos para la formación de los sueños, los deja en segundo lugar, sin embargo, recordemos que un sueño sólo comenzará con los restos diurnos.

Freud dice que esta realización de deseos se ha podido comprobar en todos los análisis de sus sueños, no importando que parecieran todo lo contrario, porque en realidad durante la formación de los sueños siempre hay dos deseos contrapuestos, uno es el inconsciente y otro es un deseo preconscious, es decir, dos deseos venidos de dos sistemas diferentes en conflicto, así es como plantea que para que se realice la formación de un sueño, deben existir 2 deseos contrapuestos.

Freud explica que:

El síntoma no es simplemente la expresión de un deseo inconsciente realizado, pues para su formación tiene que concurrir además un deseo preconscious que halle también en él su realización, resultando así doblemente determinado por lo menos, es decir, una vez por cada uno de los sistemas en conflicto. Como en el sueño no existe límite para el número de sobredeterminaciones. La determinación que no procede de lo Inc. es siempre, a mi juicio, un proceso de reacción contra el deseo inconsciente. (Freud, 1900/2000, pág. 497)

Ahora, si pensamos en esta propuesta de Freud de deseos contrapuestos, podemos volver a decir que el sueño es un síntoma, no solamente porque expresa el deseo inconsciente, sino porque además existen dos deseos contrapuestos, cosa que sucede también en algunas otras patologías, ya que como bien nos dice Freud, con los deseos contrapuestos hay un conflicto entre dos instancias psíquicas.

En cuanto a otras patologías en donde sucede lo mismo, Freud pone el ejemplo de la histeria:

El síntoma histérico sólo se desarrolla cuando dos realizaciones de deseos, contrarias y procedentes cada una de un sistema psíquico distinto, pueden coincidir en una única expresión” (Freud, 1900/2000, pág. 497).

Sin embargo, no sólo pasa en la histeria, esta idea de deseos contrapuestos lo podemos llevar a otras patologías, como las adicciones, lo veremos más adelante.

Por otro lado, nos preguntamos si es tan importante el deseo para el sueño y su única función es su realización, cuál es la razón de su formación, es decir, ¿de dónde proviene el deseo inconsciente?

Al respecto, Freud cree que se debe a la contradicción que existe entre una actividad psíquica consciente y una actividad psíquica inconsciente durante la vigilia y que sólo durante la noche y mediante el estado de reposo puede hacerse perceptible. Y a partir de esta contradicción, encuentra tres caminos para saber de dónde proviene el deseo: 1) Puede haber sido provocado durante el día y no haber hallado satisfacción a causa de circunstancias exteriores y entonces perdura en la noche un deseo reconocido e insatisfecho; 2) Puede haber surgido durante el día pero haber sido reprimido, y de igual manera, perdura un deseo insatisfecho, pero reprimido; y 3) Carecer de toda relación con la vida diurna y pertenecer a aquellos deseos que sólo por la noche surgen, emergiendo de lo suprimido.

Ahora, si buscamos “localización” de estos deseos dentro de los sistemas o instancias psíquicas, diremos que los primeros se dan en el Preconsciente; los deseos reprimidos del segundo caso han sido obligados a retroceder desde el sistema Prcc al sistema Inconsciente y que si aún existen sólo existirán en él; por último, los terceros deseos son incapaces de salir del sistema lcc.

Para finalizar el aparatado nos gustaría hacer notar que gracias a la teoría propuesta por Freud de realización de deseos, vemos ahora la función principal de un sueño. Si recordamos que

en el apartado de los antecedentes históricos del proceso del sueño, muchos investigadores científicos no encontraban una función contundente de los sueños e incluso se atrevieron a decir que un sueño no tiene ninguna función, sin embargo, ahora podemos refutar esas ideas y decir que un sueño tiene una clara e importante función, que es mantener en equilibrio el sistema psíquico, más allá, mantener los niveles de excitación adecuados en las instancias psíquicas, es decir, mantener al sujeto en perfecta sanidad mental.

Desde ahí podemos continuar afirmando que el sueño es una defensa contra estímulos perturbadores, ya sean internos o externos, o como diría Freud, el sueño es nuestro gran guardián.

En conclusión el sueño es siempre una realización de deseos, por ser una función del sistema lcc, el cual no tiene otra finalidad que la realización de deseos. Además de que no dispone de fuerzas distintas a los impulsos de deseo.

3.4 La realización alucinatoria del deseo

Freud nos dice que la formación de la fantasía de deseo y su marcha regresiva hasta la alucinación son las piezas más importantes del trabajo del sueño, nosotros diríamos que no solamente son piezas fundamentales en el sueño, sino también en algunos procesos patológicos.

De hecho la fantasía de deseo y la alucinación son una de las conexiones más importantes entre sueño y adicción, incluso desde ahí podemos conectar con la psicosis. Es por eso que en este apartado hablaremos de qué sucede en este proceso alucinatorio del deseo.

Comencemos preguntándonos ¿por qué el deseo onírico formado y su regresión hasta la alucinación se presentan en procesos normales y patológicos? ¿Suceden de la misma manera?

Como primera respuesta, un poco indirecta, reflexionaremos en la siguiente idea de Freud: el acto de pensar es la sustitución del deseo alucinatorio. Esto quiere decir que debido a la

regresión voluntaria sufrida en el sueño, el proceso de pensamiento no está y en su lugar hay una especie de alucinación.

Ahora, en procesos normales sucede esta sustitución de deseo alucinatorio por el pensamiento, debido a que la alucinación es un modo de satisfacción primario y con el desarrollo del aparato psíquico, se necesita de otro tipo de actividades mentales más elaboradas y otros modos de satisfacción, así el deseo alucinado no es suficiente y se busca otras actividades como el pensamiento. Sin embargo, en estado de reposo y durante el sueño, esta sustitución, por decirlo de alguna manera, se elimina temporalmente y la alucinación regresa, aunque de manera temporal.

En cambio, en el caso de procesos patológicos, la regresión no es voluntaria, se debe a los contenidos reprimidos y es una regresión que sucede en la vida despierta, por lo que en realidad hay un retroceso a un estado anterior de satisfacción, a la realización alucinatoria del deseo, es decir, en estos casos patológicos, no hay tal sustitución de la alucinación por el acto de pensar.

En el mismo sentido, si pensamos en la adicción, podemos decir que si los adictos solamente pueden expresar su conflicto emocional mediante los actos y no elaborarlo bajo un proceso de pensamiento, en estos casos tampoco existe esta sustitución, es decir, el acto adictivo se vuelve la realización alucinatoria del deseo, de ese deseo inconsciente y reprimido, que es cumplido a través de la alucinación cada vez que se realiza el acto adictivo.

En el capítulo de la etiología de las adicciones dijimos que un adicto no elabora fácilmente pensamientos abstractos, en lugar de elaborar sus afectos y frustraciones con pensamientos y después expresarlo con palabras, ocupa los actos como medio de expresión, así también sustituyen los pensamientos por una realización alucinatoria de deseos. El fantasear que un objeto o acto lo satisface (objeto u acto adictivo) cuando en realidad está deseando otra cosa (el deseo inconsciente reprimido), por eso permanece en una fantasía permanente de satisfacción alucinada.

Para entenderlo más a fondo, regresemos nuevamente, a la primera vivencia de satisfacción y a la formación del aparato psíquico desde sus inicios.

La primera vivencia de satisfacción ocurrida en un primer momento, no volverá a ocurrir jamás, no así, aunque haya un impulso, llamado deseo, que siempre busque la reconstrucción de esa satisfacción total.

Sabemos que la necesidad perdura, por tanto, el deseo también permanece insatisfecho siempre y a partir de este deseo insatisfecho, el aparato psíquico busca satisfacerse de algún modo y, de primer momento, sólo lo consigue bajo una realización alucinatoria del deseo. ¿Cómo sucede? Existe una representación enlazada a la percepción que nació de la vivencia de satisfacción, cada vez que reaparezca esta percepción y se llene de investidura sucederá esta realización del deseo, a través de la alucinación.

O dicho en palabras de Freud:

En cuanto la necesidad vuelve, surgirá también, (...) un impulso psíquico que investirá de nuevo la imagen mnémica de dicha percepción y provocará otra vez esta última, es decir, tenderá a reconstruir la situación de la primera satisfacción. Tal impulso es un deseo. La reaparición de la percepción es la realización del deseo, y el investimento completo de la percepción por la excitación emanada de la necesidad es el camino más corto para llegar a dicha realización. (Freud, 1900/2000, pág. 494 y 495).

Hasta aquí este modo de satisfacción alucinatorio es un proceso primitivo pero adecuado, sin embargo, más adelante, se buscará otro modo de satisfacción, un proceso más elaborado, ya que este primer modo de satisfacción no es suficiente, con él, la satisfacción no acontece realmente, sólo es “alucinada”, entonces la necesidad sigue existiendo.

Al respecto, Freud habla de la instauración del examen de realidad, es decir, para que este modo de satisfacción se abandone el sujeto debe hacerse consciente de la realidad, vale decir, del mundo externo, sólo así, logrará satisfacerse realmente y no de manera alucinatoria.

Por otro lado, cuando hablamos de patologías, el asunto de la realización alucinatoria del deseo se da de manera distinta. En este caso, también la regresión provoca que el deseo inconsciente llegue hasta la realización de manera alucinada, sólo que esta regresión sucede por la represión y no de manera voluntaria como en el sueño. Aquí más bien, ya instaurada la patología, se busca el antiguo modo de satisfacción alucinatorio, para tolerar la realidad insoportable y se cancela el examen de realidad.

Debido a los conflictos entre instancias psíquicas que existen en las patologías, los contenidos reprimidos intentan salir, obligando a la psique a cumplirlos (los deseos inconscientes) de manera alucinatoria, sólo así se descargará un poco de la gran excitación que hay en el aparato psíquico, vivida como displacer.

De la misma manera ocurre con las adicciones, debido a los fuertes estados regresivos, se cancela el examen de realidad y en su lugar surge un modo de satisfacción alucinatorio, la realización alucinatoria del deseo se cumple junto con el síntoma, es decir, con el acto u objeto de adicción.

Por otra parte, tal vez deberíamos preguntarnos por qué se cree que el deseo onírico o fantasía de deseo se cumplen realmente, cuando en realidad no sucede, ¿esto sólo se debe a la alucinación o hay algo más?

Al respecto, Freud nos dice que la creencia en la realidad objetiva se debe a la percepción de los sentidos, entonces en la formación de un sueño, sucede que un pensamiento se ha convertido en imagen, ha hallado el camino de la regresión hasta las huellas mnémicas inconscientes y de ahí hasta la percepción, ya que ese contenido ha llegado hasta la percepción, admitimos su percepción como real, por tanto, la alucinación conlleva la creencia de la realidad, sin embargo, la regresión no es la única condición para que aparezca una alucinación.

Otra de las condiciones para creer que la fantasía de deseo realmente se cumple tiene que ver con el examen de realidad que mencionamos anteriormente. Recordemos que en el segundo

capítulo dijimos que la fantasía es un proceso normal dentro del desarrollo, la normalidad o la patología de un individuo dependen de distinguir el afuera del adentro, o de lo que Freud llamó examen de realidad.

La capacidad para distinguir de un afuera y un adentro, de lo que es real y lo que no, depende de nuestro sistema Consciente (Cc). El Consciente distingue claramente a las percepciones de las representaciones, sin embargo, no siempre se ha tenido esta capacidad, al principio del desarrollo no existe, por eso sucede la satisfacción alucinatoria de deseo, con el tiempo se renuncia a ella y se instaura el examen de realidad.

Freud sostenía que los procesos psíquicos primarios por sí mismos, no hacen distinción alguna entre una representación y una percepción; primero tienen que ser inhibidos por los procesos psíquicos secundarios, los cuales sólo pueden operar cuando hay un Yo con una reserva de investiduras lo suficientemente grande como para proveer la energía necesaria para efectuar la inhibición. El fin de la inhibición es dar tiempo a que los signos de realidad, lleguen desde el aparato perceptual. Pero, en segundo lugar, además de esta función de inhibición y proposición, el Yo también es responsable de dirigir las investiduras de atención.

¿Pero por qué en el sueño y en otras patologías (psicosis, esquizofrenia, adicciones) el examen de realidad se cancela y se restaura este antiguo modo de satisfacción? Freud responde que la alucinación consiste en una investidura del sistema Cc o sistema perceptivo, pero que viene desde adentro y que tiene por condición que la regresión avance hasta el punto de excitar este sistema y así saltarse el examen de realidad.

En la mayoría de las patologías hay un rompimiento del examen de realidad, en unas más que en otras, por ejemplo, en la psicosis el rompimiento es total y definitivo, quitando toda investidura del mundo externo (realidad), sustrae la investidura del sistema consciente; en la adicción también hay pérdida de realidad pero no es total.

Ahora, en el sueño también existe una pérdida de realidad total y hay sustracciones de investiduras, sin embargo, se sustraen investiduras de todos los sistemas y la pérdida de realidad solamente es temporal, además es voluntaria, a diferencia de la psicosis y de otras patologías, que la sustracción de investiduras es debido a la represión.

Freud menciona que en el sueño la sustracción o retiro de la investidura (la libido o el interés) recae sobre todos los sistemas en igual medida; en la neurosis de transferencia, la investidura es retirada del preconscious; en la esquizofrenia se retira del inconsciente; y en la psicosis la investidura es retirada del consciente. Lo que nos lleva a pensar que la pérdida de realidad, ya sea en las patologías o en el sueño, tendría que ver con el intercambio de las investiduras entre sistemas.

Si pensamos en la adicción, ¿en dónde la colocaríamos, es decir, de qué instancia o sistema psíquico retira la investidura? Como hemos visto, la adicción no es una patología como tal, sino un síntoma superficial, disfrazando a una patología más profunda, una patología que no podemos especificar, más bien hablaríamos de una combinación de varias: neurosis, psicosis y perversión; por tanto, hay una sustracción de investidura de varios sistemas al igual que en el sueño.

Como nos hemos dado cuenta hasta aquí, hay actividades psíquicas ocurridas en un primer momento que tienen que transformarse en más elaboradas después, debido al crecimiento y desarrollo del aparato psíquico. A toda esta idea es lo que llamamos procesos primarios y secundarios, conceptos que desarrollaremos en el siguiente apartado.

3.5 El proceso primario y secundario

Un proceso primario ocurre en el sistema Inconsciente (Icc). Los procesos secundarios son llevados a cabo por el sistema Preconscious (Prcc), para después llegar al sistema Consciente (Cc). Pero vayamos poco a poco, desarrollando más a fondo estas afirmaciones.

Llegados hasta este punto, es conveniente hablar de que en los sueños existe un contenido manifiesto y un contenido latente. El contenido latente son las representaciones preconscientes o percepciones recientes e indiferentes, podríamos decir que aquí se esconde el deseo onírico que se quiere cumplir; el contenido manifiesto son las representaciones inconscientes y reprimidas que son deformadas durante el sueño.

Pensemos en cuando despertamos después de un sueño: lo que recordamos de él es el contenido manifiesto, las imágenes incoherentes e impresiones vividas, el contenido latente sólo lo descubriremos después de un análisis, lo que hay detrás de esas imágenes incoherentes es lo latente y lo que dará coherencia a nuestro sueño.

Ahora, los contenidos latentes se trabajan en un proceso secundario, en vigilia, o sea en la interpretación del sueño, en cambio los contenidos manifiestos están transformados por la distorsión onírica, por lo que son trabajados desde un proceso primario.

Al hablar de ideas latentes confirmamos que el sueño continúa con los estímulos e intereses de la vida despierta. El sueño es la sustitución de cierto número de ideas procedentes de nuestra vida en vigilia y ajustadas de una manera perfectamente lógica, o sea estos pensamientos o ideas son procesos mentales normales y no deformados aún, llamados preconscientes.

Las representaciones preconscientes vienen de la vida diurna y han continuado en actividad después de haber sido rechazados por ella y sin que la Consciencia se haya dado cuenta, si no han llegado a la Cc no es porque sean incapaces de hacerlo, sino porque se lo han impedido diferentes circunstancias, estas circunstancias tienen que ver con una función psíquica del sistema Consciente (Cc): la atención. Existen ideas que surgen a lo largo del día y que roban nuestra atención, cuando decidimos rechazarlas o quitar nuestra atención es porque las consideramos inadecuadas o insoportables, estas ideas o pensamientos pueden seguir desarrollándose, sin necesidad de que la atención vuelva a recaer en ellas, hasta el momento de conciliar el sueño.

Un pensamiento que entra de este modo al Preconsciente puede extinguirse o conservarse. Si sucede lo primero es porque la energía de estos pensamientos o representaciones se difunde en todas direcciones, buscando descargar su excitación hasta encontrar un punto de reposo y es así como se pierden. En el segundo caso, cuando se conservan, como existen otras representaciones del lcc en continua actividad, se apoderan de las representaciones abandonadas preconscientes y las enlazan, de hecho el Inconsciente les transfiere su energía y a partir de ese momento, el proceso mental sin atención o suprimido, es capaz de mantenerse, pero sin que pueda llegar a la Cc.

Como ya revisamos, estas representaciones preconscientes (recordemos los restos diurnos atraídos por el lcc) son despojadas de su carga psíquica y encuentran otra carga inconsciente procedente de un deseo. A partir del momento en que el lcc transfiere su carga psíquica a estos pensamientos, sufren una serie de transformaciones y dejan de ser procesos mentales normales para convertirse en procesos anormales.

¿Cuáles son estas transformaciones y que procesos anormales muestran? El primero es la condensación o compresión, que consiste en que las intensidades de las diversas representaciones se hacen capaces de descarga y pasan de una representación a otra, formándose algunas representaciones de gran intensidad, es decir, se puede reunir en un único elemento de representación la intensidad de todo un proceso mental.

El segundo proceso anormal que acontece es el desplazamiento de las representaciones:

Por medio de la transferencia libre de las intensidades y en favor de la condensación quedan constituidas representaciones intermedias equivalentes a transacciones. (Freud, 1900/2011, vol.1, pág. 706)

Es decir, un contenido inconsciente intenso puede ser desplazado hacia otra representación, convirtiéndose en otro contenido.

La última transformación son los pensamientos contradictorios, que en el sueño no se sustituyen sino que permanecen y conviven juntos, es como si no existiera contradicción alguna, a

veces forman compromisos inadmisibles a nuestra vida diurna o a la Consciencia y si se llegan a aceptar, sólo es en nuestros actos.

Por otro lado, todos estos procesos psíquicos anormales, no sólo surgen en el sueño, sino también ocurren en los procesos patológicos y se debe a una condición. La transformación de un proceso psíquico normal a un proceso psíquico anormal, sólo sucede si un deseo inconsciente infantil y reprimido le transfiere su carga.

A partir de todo lo anterior, podemos decir que en la formación de los sueños participan dos procesos psíquicos distintos, vale decir, uno primario y otro secundario. Uno de ellos crea pensamientos correctos y perfectamente normales, mientras que otro crea pensamientos e ideas un tanto extrañas, pensamientos anormales. Aunque debemos advertir que realmente son los procesos primarios los que participan en el sueño, es decir, en la ensoñación; los procesos secundarios ocurren nada más durante la formación de la ensoñación y como hemos visto, la formación de un sueño puede venir desde la vigilia.

Para explicar estos dos procesos, recordemos la funcionalidad del aparato psíquico. El aparato psíquico está regulado por la tendencia a evitar la acumulación de excitación y mantenerse libre de ésta en lo posible. La acumulación de excitación es sentida como displacer y pone en actividad al aparato, se intenta que el aparato realice descargas parciales y así disminuya la excitación, sintiéndose como placer, un placer parcial, pero al final no se llega a la meta, o sea la eliminación de toda excitación.

Esta corriente que parte del displacer y tiende hacia el placer, es lo que Freud denomina deseo (ahora definimos al deseo de manera económica). Y como hemos dicho, solamente un deseo pone en movimiento al aparato psíquico, el curso de la excitación de este deseo, es regulada automáticamente por el placer y displacer.

Ahora, el primer acto de deseo es un investimento alucinatorio de la reminiscencia de la satisfacción. Cuando esta alucinación no puede ser mantenida hasta agotarse, se vuelve incapaz de calmar la necesidad, por tanto, el placer vinculado a la satisfacción.

Es así como se necesita una segunda actividad, un segundo sistema que la realice, destinada a no permitir que el investimento mnémico avance hacia la percepción y se enlace desde allí a las fuerzas psíquicas, sino que dirija por un rodeo, la excitación emanada del estímulo de la necesidad, para que finalmente por vía de la motilidad voluntaria, modifique el mundo exterior, de forma que hace posible la percepción real del objeto de satisfacción

En resumen, en el sistema lcc se dan los procesos primarios. A consecuencia del displacer, el lcc resulta incapaz de incluir algo desagradable en el tejido de pensamiento, por tanto, este sistema no puede más que desear, tiende al placer. La actividad del sistema lcc tiende a una libre descarga de las cantidades de excitación, sin embargo, recordemos que debe existir una fuerza opuesta que no permita la descarga total, esto por seguridad de la especie, de existir una descarga completa, se acabaría la vida.

Es así como surge el segundo sistema: el Preconsciente (Prcc), encargado de los procesos secundarios, provoca, con sus investimentos, una inhibición a la descarga total que desea el primer sistema.

Agregaremos que los nombres que se les dan a estos dos procesos, se debe, no sólo a sus funciones, sino también a circunstancias temporales. Los procesos primarios están desde la partida del desarrollo, en cambio los procesos secundarios van surgiendo poco a poco en el curso de la vida, intentando someter a los primeros, hasta alcanzar pleno dominio.

De hecho, al principio de la vida anímica solamente se utilizan procesos primarios, después, con el desarrollo se ocupan procesos secundarios y se intenta utilizar los procesos primarios solo en el sueño, con excepción de los procesos patológicos, ya que debido a los estados regresivos, se vuelven a utilizar.

Por otro lado, podemos decir que los procesos mentales correctos o normales están ligados a un proceso secundario, en cambio los procesos mentales anormales o incorrectos están ligados a los procesos primarios. De ahí que afirmemos que el sueño y la adicción trabajan con los mismos procesos, es decir, con procesos primarios.

Concluiremos entonces que el sistema primario lcc funciona con el principio de placer y un segundo sistema Prcc. funciona con el principio de displacer. En términos simples, los procesos primarios trabajan con percepciones, alucinaciones, imágenes, deseos; y los procesos secundarios trabajan con pensamientos y restricciones (represión).

Aquí, nos gustaría hacer una observación final sobre los sistemas lcc, Prcc y Cc. Freud nos dice que todo lo inconsciente es lo verdaderamente psíquico, es decir, es lo realmente importante dentro de la psique, más allá de la consciencia, porque al final todo lo consciente tiene un grado preliminar inconsciente. Por esta razón propone la existencia de dos clases de Inconscientes: el lcc incapaz de consciencia; y el Prcc sus contenidos si pueden llegar a la consciencia pero a través de ciertas reglas y transformaciones.

En el mismo sentido, quita casi todo valor psíquico a la Consciencia y la coloca, simplemente, como un órgano sensorial para la percepción de cualidades psíquicas.

Para finalizar con este capítulo, nos gustaría hacer un resumen del proceso del sueño y de sus funciones.

Primero debemos afirmar que la desconexión con el mundo exterior (la vuelta al narcisismo) es un factor muy importante, aunque no el único, para el estado regresivo del sueño, recordemos también la condición de reposo como fundamental para la regresión.

Ahora, esta desconexión con el mundo “real” es un factor básico para el proceso de sueño, sólo desconectándose del mundo exterior, o dicho de otro modo, sólo quitándole la libido a los objetos y retornándola al Yo, se puede construir un mundo propio, una fantasía donde quepan los deseos más reprimidos y donde se cumplan, llenándonos de cierta satisfacción.

En ese sentido, el sueño es una negación de la realidad objetiva y material, probablemente no siempre niegue la realidad porque sea insoportable, como sucede en las patologías. En este caso es una negación que permite continuar con una vida psíquica sana, aunque finalmente, al igual que en las adicciones, el sueño niega la realidad para defenderse, defenderse de procesos internos en conflicto o de estímulos que intentan perturbar el dormir.

Por tanto, el sueño también es una defensa, aparece como un guardián, como diría Freud, una defensa que permite conservarnos y que nos defiende de los deseos inconscientes, haciéndolos inofensivos. En el mismo sentido de autoconservación, se encuentra la adicción, es una patología, sí, pero una patología que se desarrolla para salvarnos de una muerte psíquica.

Además, ahora podemos decir que el sueño es un síntoma, no el proceso completo del sueño, es decir, el proceso del dormir no es un síntoma, nos referimos a la ensoñación en sí, la ensoñación es un síntoma justamente del dormir. Un sueño se forma como una reacción ante el lcc, una expresión de lo reprimido, intenta la proyección de los procesos internos en conflicto.

Asimismo sabemos que en otras patologías pasa algo similar, se expresa por medio de un síntoma lo que no se puede expresar de otra manera y viene del contenido reprimido del inconsciente. En el sueño también sucede, la única manera que encuentra el Inconsciente de expresarse, es mediante una formación de sueño, así se exterioriza el deseo reprimido, con eso hay una especie de descarga parcial, sin embargo, a diferencia de otros casos, es un síntoma temporal y sólo surge durante la noche, además se resuelve en ese momento, mediante la realización alucinatoria del deseo.

También sabemos que el sueño es un estado regresivo, que trabaja principalmente con procesos primarios, de ahí que el sueño sea una alucinación y no un pensamiento. De esta característica encontramos la conexión más importante con la adicción, en el siguiente capítulo revisaremos a fondo esta idea.

Por otra parte, la única función que encuentra Freud en los sueños, es la de la realización del deseo, un cumplimiento doblemente de deseos, ya que están contrapuestos dos deseos para la formación del sueño, uno del Preconsciente y otro del Inconsciente.

Respecto a la delgada línea existente entre los procesos patológicos y el proceso del sueño, debemos dejar claro que el sueño no es un fenómeno patológico y no tiene como finalidad una alteración del equilibrio psíquico, ni deja tras de sí una debilitación de la capacidad funcional.

Asimismo nos hemos dado cuenta que los mecanismos psíquicos empleados por la neurosis no son creados por una alteración patológica que ataca la vida anímica, sino que están en la estructura normal del aparato anímico. Los dos sistemas psíquicos (Prcc e lcc), la censura de paso entre ambos, la inhibición y el recubrimiento de una actividad por otra, sus relaciones con la Cc pertenecen a la estructura normal de nuestro aparato psíquico y el sueño constituye uno de los caminos que llevan al conocimiento de dicha estructura.

El sueño demuestra pues que la represión perdura también en los hombres normales y puede desarrollar funciones psíquicas.

Al final de todo, Freud nos deja claro, que los antepasados se equivocaban al afirmar que el sueño era un fenómeno premonitorio, que tenía como función principal adivinar el futuro, el sueño siempre vendrá del pasado, se va construyendo con las experiencias, con nuestra historia.

El sueño revela el pasado, pues procede de él en todos los sentidos, no obstante, la antigua creencia de que el sueño muestra el porvenir no carece por completo de verdad. Representándonos un deseo como realizado, nos traslada realmente al futuro, pero este porvenir, que el soñador toma como presente, está formado por el deseo indestructible conforme a la imagen del pasado. (Freud, 1900/2000, pág. 535)

LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE ADICCIÓN Y SUEÑO

"[...] Toda la vida es sueño y los sueños, sueños son"
Pedro Calderón de la Barca

Durante los capítulos anteriores hemos hablado de las características del sueño y de las adicciones por separado, haciendo notar algunas conexiones entre los dos, pero ahora ha llegado el momento de hablar ampliamente de la relación entre estos dos procesos, sus similitudes, sus diferencias y por supuesto de la similitud principal que hemos encontrado: la satisfacción alucinatoria del deseo.

Para comenzar nos gustaría ahondar un poco más en para qué comparar y relacionar el sueño con la adicción. Como hemos revisado la adicción es una perturbación mental, el sueño en cambio es un proceso normal, sin embargo, una de las aportaciones más importantes de Freud durante su estudio con el sueño, fue descubrir que con él se pueden entender muchos otros procesos psíquicos anormales. Nos atreveríamos a decir que la perturbación mental se exteriorizó por primera vez en el sueño.

Por lo que no es nueva la relación que hacemos entre una patología y el sueño, se ha hecho desde Freud. Él partió del sueño para entender perturbaciones mentales como la neurosis o la psicosis, similar a como nosotros lo intentamos ahora con las adicciones.

Freud nos dice que los que hablan de las relaciones del sueño con las perturbaciones mentales pueden referirse a tres cosas: 1° A relaciones etiológicas y clínicas, cuando un sueño representa o inicia un estado psicótico o queda como residuo del mismo; 2° A las transformaciones que la vida onírica sufre en los casos de enfermedad mental; 3° A relaciones internas entre el sueño y la enfermedad mental, esto es, a analogías reveladoras de una afinidad especial.

Nuestra investigación, de acuerdo a Freud, sería con base a la tercera, es decir, las relaciones internas y afinidad especial que puedan existir entre un trastorno mental y el sueño.

Al respecto, Freud realiza una comparación interesante:

El sueño concede al sujeto atormentado por sufrimientos físicos y morales aquello que la realidad le negaba—bienestar y dicha-, y del mismo modo surgen en los enfermos mentales las más rientes imágenes de felicidad, poderío, riqueza y suntuosidad (Freud, 1900/2011, vol. 1, pág. 403)

Ya desde este párrafo nos damos cuenta de la importante conexión que existe entre el sueño y las enfermedades mentales. Vemos como tanto en el sueño como en la enfermedad mental hay una realidad intolerable que se busca negar.

¿Pero por qué las adicciones desde el sueño? Primero porque no se ha intentado entender desde ahí y, como dijimos al principio, uno de nuestros objetivos es llegar a una comprensión teórica distinta de las adicciones; además, estos nuevos conocimientos nos arrojan luz para futuros tratamientos psicológicos. Y segundo, siendo el sueño un fenómeno cotidiano que ocurre en todos los seres humanos y si la adicción funciona con los mismos procesos que el sueño, esperaríamos que esa misma cotidianeidad nos dé la clave para la solución a este problema.

Desde esta perspectiva, podríamos pensar que probablemente la adicción sea una intensificación periódica del estado onírico normal. Finalmente ambos fenómenos son estados regresivos que buscan antiguos modos de satisfacción y justamente un sueño es un estado de protección hacia los estímulos exteriores, hacia la realidad, en donde se pueden cumplir los deseos mediante la alucinación, así se encuentra la satisfacción, esto en un proceso psíquico normal; entonces por qué no pensar que un paciente con adicción que sufre por la realidad, busca lo mismo que sucede en un sueño, solo que debido a los caminos de desviación patológica, sucede esta “intensificación”.

Por supuesto esta idea no es la única relación existente entre sueño y adicción, existen algunas otras que iremos desarrollando a lo largo de este capítulo.

Por ejemplo, revisamos desde la teoría de Melanie Klein, que la adicción puede ser una sustitución de la madre, es decir, del primer objeto sexual. Desde aquí, el sujeto con adicción sustituye con su objeto o acto los cuidados y el amor que no recibió por parte de la madre.

Ahora, los objetos adictivos son ambivalentes, esto quiere decir que generan tanto emociones positivas como negativas, se aman y se odian al mismo tiempo. Los objetos adictivos son una especie de <farmakon>, de ese farmakon del cual hablaba Platón en tiempos antiguos y que se refería a cualquier objeto que tenga, tanto la función de medicina como de veneno al mismo tiempo, o dicho de otro modo, que actúen de dos maneras contrastantes en un mismo momento.

¿A qué se debe esta ambivalencia? la respuesta estaría dada en la escisión del Yo. Como recordaremos, en una parte del desarrollo el bebé no puede ver a su madre completa, sólo partes de ella, no tiene capacidad para distinguir un objeto total, por tanto, para él su madre es un pecho solamente, así divide al pecho en *bueno* y *malo* de acuerdo a las experiencias adquiridas, ya sean reales o imaginarias.

Así, si esta escisión del Yo no se vuelve a integrar por algún tipo de perturbación, el Yo queda en pedazos y con un funcionamiento primario, este es el caso de la adicción, de ahí que se vean a los objetos adictivos como pechos *buenos* y *malos*.

Partiendo de la idea de que la adicción es la sustitución de los primeros objetos sexuales, podemos relacionar al sueño diciendo que es un estado regresivo, que en parte busca volver al punto de partida del desarrollo, busca la calidez y paz del vientre materno, una satisfacción que solo encuentra dentro de la madre. Recordemos cuando Freud decía que a nivel somático, el sueño es estar dentro del vientre de la madre.

Por otro lado, como ahora sabemos, una de las características importantes a nivel estructural en este tipo de pacientes, es un Yo frágil, es decir, el Yo como una instancia psíquica débil. Vimos que, al principio del desarrollo, un bebé tiene que formar su Yo a través del Yo de la madre. En estados patológicos como la adicción, el bebé no construye un Yo sano porque la

madre no pudo introyectar sus funciones en el bebé, no pudo prestarle su Yo para que el bebé formará un Yo propio, sano y fuerte, por tanto, el resultado es un Yo frágil e inmaduro, incapaz de enfrentarse al mundo externo.

En ese sentido, un tratamiento psicoanalítico puede funcionar brindando al Yo las capacidades que no tiene, con esta terapia se puede construir un Yo sano, capaz de enfrentarse al mundo externo. En este caso, ya que la madre no pudo prestarle su Yo al futuro adicto, el psicoanalista cumple esa función y presta su Yo para que el paciente pueda construir el propio.

Hasta aquí, hemos dado dos ejemplos de ideas que conectan al sueño y a la adicción, en los siguientes apartados iremos desarrollando más de estas ideas.

4.1 Síntoma y defensa

Iniciemos preguntándonos ¿Por qué la adicción es un síntoma? ¿El sueño también puede ser un síntoma?

Al hablar de síntoma, debemos aclarar una cuestión de términos y definiciones sobre la palabra síntoma. Hemos dicho que el discurso médico y psicológico entiende a la adicción como una enfermedad nueva y que la clasifica de acuerdo al objeto de consumo, de hecho se han creado subclasificaciones para cada tipo de adicción. Éste discurso propone como única solución la eliminación del síntoma, es decir, ven a la adicción como una enfermedad con síntomas.

Ahora, nosotros concluimos también que la adicción es un síntoma y no una enfermedad, un síntoma superpuesto a una enfermedad mucho más profunda.

Entonces, si ambos discursos, psicoanalítico y médico, parecen verlo de la misma manera, es decir, si en ambos discursos aparece esta idea de síntoma, ¿cuál sería la diferencia?, ¿existe, en realidad, una diferencia o estamos cayendo en una contradicción?, ¿qué diferencia habría entre un tratamiento psicoanalítico y los tratamientos existentes?

La diferencia está en cómo define cada discurso el síntoma, es decir, en la lectura del síntoma. Mientras que para los médicos y psicólogos el síntoma es un mal que erradicar y su cura sólo se basa en ello, como una especie de objeto maligno que debe ser exorcizado, no se preguntan de los orígenes del síntoma ni de por qué se desarrolló así y no de otro modo; para los psicoanalistas el síntoma es una lectura, una expresión del cuerpo, no solamente hay que eliminarlo porque hace daño o porque sea maligno, el psicoanálisis se pregunta por qué sucedió y se trabaja con ello, de hecho el objetivo no es eliminar el síntoma, lo más importante es averiguar de él y de su origen, sin embargo, como consecuencia el síntoma desaparece.

Para otro tipo de discursos psicológicos el síntoma es el signo de una enfermedad, pero para psicoanálisis es la expresión de un conflicto inconsciente, un conflicto interno que no se puede expresar con palabras, más que con actos o en el cuerpo.

Y si desde psicoanálisis el síntoma se escribe y es leído, luego entonces, el sueño puede ser leído como síntoma, no siempre y no todos los sueños, pero si en algunos casos. Para dejarlo más claro, un sueño es el síntoma del proceso del dormir.

Un claro ejemplo de un sueño como síntoma, son los sueños de angustia que revisamos en el capítulo anterior. Lo que ocurre con esta clase de sueños es que hay un conflicto en el inconsciente que no ha sido resuelto en vigilia. Al dormir, los sistemas de la psique sufren grandes transformaciones, el Inconsciente se mueve libremente, deja de ser censurado y reprimido, por lo menos una parte, entonces ese conflicto no resuelto es expresado en un sueño, de momento ese conflicto es resuelto al "vivir" el sueño, vale decir, al alucinar durante el sueño.

Pensando en los sueños de angustia, encontramos un concepto hasta ahora no mencionado y que aparece, tanto en algunos tipos de sueño, como en la adicción, llamado goce. Un concepto que desarrollaría Lacan, pero que Freud lo menciona desde antes, relacionándolo con el placer. Para él, el goce es lo que hay más allá del placer, no hay un límite, todo es continuo, a diferencia del principio del placer, en donde hay un corte, hay límites, el goce se vive como un dolor que causa placer.

Decimos que hay goce en ciertos tipos de sueño porque el sujeto sueña una y otra vez con lo mismo, sin que haya un corte, es un dolor y una angustia que se revive cada vez que se sueña, sin embargo, hay placer porque, al mismo tiempo, hay una realización de un deseo inconsciente. Dentro de los sueños de angustia, existen sueños que surgen de un estrés post-traumático, es decir, después de algún evento traumático, la angustia y la ansiedad, debido al evento, que no puede expresarse de otra manera, se elabora mediante el sueño. En este tipo de sueños es en donde podemos ver claramente el concepto de goce.

Y en las adicciones el goce sucede todo el tiempo, es esta repetición del acto adictivo sin poder parar, ya hemos dicho que la adicción, no permite cortes, no hay límites, lo cual lleva al dolor y al daño inevitablemente.

Regresando a la idea de que el sueño es un síntoma, un sueño se vuelve una proyección de un proceso interno, de ahí que pueda ser visto como síntoma. En el mismo sentido, la adicción es un síntoma que expresa del mismo modo un conflicto interno, en este caso, un conflicto que solamente puede ser expresado mediante el acto adictivo y no en palabras.

Ahora, un síntoma es expresado cuando un contenido reprimido del inconsciente logra romper esta barrera de la represión, es tan fuerte ese contenido, tan intolerable para el sujeto, que en vez de expresarse así como esta, se convierte en un síntoma que intenta disfrazar los verdaderos contenidos (transformación en lo contrario o formación reactiva).

En el caso de la adicción, el síntoma, como en todas las demás patologías, defiende al sujeto de una muerte psíquica, de que todo el contenido reprimido se libere y exista un caos mayor, busca de cierto modo un alivio parcial a todo el sufrimiento insoportable.

Cuando decimos que el síntoma adictivo es superficial y que existe una patología subyacente, nos referimos también a que existe un doble disfraz, por una parte se esconde una patología mucho más profunda, que a su vez, presenta síntomas que son los que esconden los verdaderos contenidos reprimidos.

Como ya revisamos en el capítulo anterior, un síntoma se forma por la realización de dos deseos contrapuestos, uno inconsciente y el otro preconscious, cosa que sucede en ambos procesos, tanto en las adicciones como en los sueños.

De esta idea de la doble realización de deseos, podemos decir también, que el sueño es una defensa igual que una adicción. No se defienden de lo mismo, es decir, no tienen el mismo fin. El sueño va a defender al sujeto de estímulos externos e internos con la finalidad de conservar al aparato psíquico en equilibrio, es decir, que el sujeto conserve su sanidad mental. En la adicción se va a defender de estímulos perturbadores mucho más intensos y que de hecho ya generaron un desequilibrio mental, pero todavía se busca conservar la vida, de ahí que ambos procesos los consideremos de autoconservación y no de autodestrucción. Sin embargo, ambos fenómenos se defienden de la realidad, negándola.

Desde esta perspectiva, cabría mencionar a los autores que ven a la adicción como un mecanismo de autocuración mediante la automedicación, ya que en efecto los pacientes con adicción ven al objeto o acto adictivo como una medicina para tolerar el dolor, para repararse ellos mismos y finalmente para conservarse como sujetos. En el sueño esto no ocurre, es un proceso de autoconservación, en el sentido de mantener el equilibrio psíquico y no de reparar.

Por otro lado y al contrario de la autoconservación, algunos autores psicoanalíticos piensan que la adicción es una forma de suicidio y ocupan a la teoría de las pulsiones para explicarlo. Ellos dicen que en las adicciones, la pulsión de muerte ha dominado a la psique y con cada acto adictivo se intenta la satisfacción total y así vaciar el aparato psíquico, como consecuencia la muerte. Se piensa que todo esto ocurre porque el sujeto cuenta con un Yo desfragmentado y débil, de ahí que vea al objeto adictivo como un objeto persecutorio y malo, lo incorpore a su Yo para fortalecerlo y al existir una fusión entre el objeto adictivo y el Yo, el sujeto completo se siente como un objeto muerto y quiera destruirse.

Sin embargo, después de revisar toda la etiología de adicción, nosotros no concordamos con estos autores, más bien, consideramos que la adicción es una defensa para mantenerse vivo.

Para finalizar con este apartado y dar paso al siguiente, diremos que ambos procesos van a defenderse, negando la realidad, pero no solamente eso, la sustituyen a través de la fantasía.

4.2 Negación de la realidad y fantasía

Comencemos reflexionando en esta idea: las adicciones son una sustitución del dolor, o como lo diría Freud, son una cancelación tóxica del dolor, el síntoma adictivo se utiliza como medio para soportar el dolor, como una forma de sobrevivir a él.

Pensamos que Freud se refiere a una cancelación tóxica porque con el acto adictivo no se soluciona el problema, es decir, el dolor sigue ahí, es una manera incorrecta de enfrentarlo, de ahí que sea tóxica, como una especie de rodeo para enfrentar el dolor.

En otro sentido, también se puede hablar de una cancelación tóxica del dolor si pensamos solamente en las sustancias que alteran al organismo (las drogas), ya que siendo justamente tóxicos, alteran la realidad del individuo y de esta manera evitan el dolor, o por lo menos, cuando el sujeto está bajo la influencia de este tipo de sustancias.

Ese dolor viene de la realidad objetiva y material, de ahí que la adicción trate de negar la realidad e instaure un mundo de fantasía donde el dolor sea más soportable. El sueño, en cambio, coincide en negar la realidad y crear un mundo de fantasía, de hecho va más allá, un mundo alucinado, sin embargo, se diferencian porque el sueño no tiene como fin evitar el dolor, de cierta manera lo evita, pero no es una sustitución del dolor, más bien es un mecanismo para defender al sujeto de sus propios procesos internos en conflicto, vale decir, de lo reprimido y así evitar una alteración psíquica grave.

Ahora bien, a qué nos referimos con realidad y fantasía, valdría la pena revisar qué entendemos por realidad y por fantasía desde psicoanálisis.

Estos dos conceptos no son nuevos para nosotros, ya hemos revisado un poco de ellos en anteriores capítulos cuando hablamos del examen de realidad en Freud y también con Melanie Klein y Segal, ahora ha llegado el momento de hablar más a profundidad del tema.

Lo primero que debemos saber es que son dos conceptos inherentes uno al otro, ya que no podemos hablar de fantasía si no existiera la realidad. Entonces ¿es que existe una realidad objetiva para todos o es cada ser humano se rige de acuerdo a su propia realidad, es decir, hay varias realidades o sólo existe una?

Al respecto, Laplanche & Pontalis (1986) opinan que la realidad psíquica es una particular forma de existencia y que no puede confundirse con la realidad material, de esta manera realizan una especie de clasificación de la realidad: 1. la realidad material; 2. la realidad de los pensamientos de relación o de lo psicológico y 3. la realidad del deseo inconsciente y de su expresión más verdadera: la fantasía.

Por su parte, Freud coloca a la fantasía y a la realidad dentro de la oposición de lo subjetivo y lo objetivo, es decir, entre un mundo interno que tiende a la satisfacción por la ilusión y un mundo externo que poco a poco, por medio del sistema perceptivo, impone al sujeto el principio de realidad.

Así, la realidad material de la que nos habla Laplanche & Pontalis es la realidad externa y objetiva de Freud y las otras dos realidades tendrían que ver con la realidad psíquica, que se mueve en lo subjetivo.

Con esto no queremos decir que haya diferentes tipos de realidad, sólo existe una, la realidad objetiva, lo que sucede es que la realidad va en función de la percepción, es decir, es percibida de maneras distintas dependiendo del individuo.

Percibimos a la realidad a través de nuestro mundo interno pero la realidad viene del mundo externo, desde ahí comienzan los problemas, ya que una parte de ella es percibida desde el lcc y él no se rige por las mismas leyes que el mundo externo, es decir, el Inconsciente se rige por el

principio del placer y, sólo tiempo después, se va instaurar el principio de realidad en el individuo, principio que va un poco más acorde con las reglas del mundo exterior.

De hecho esta oposición entre fantasía y realidad es tocado por Freud en “Más allá del principio del placer” (1920). Para él, la realidad y la fantasía no son otra cosa que la instauración de estos dos principios en la mente, una lucha de fuerzas constante. De acuerdo a las reglas del principio de placer y el principio de realidad es que se va a percibir un afuera y un adentro, la realidad y la fantasía.

En otro sentido, si queremos explicarlo desde los sistemas psíquicos planteados por Freud diríamos que el lcc trabaja con pura fantasía y se rige por el principio del placer, el Prcc puede trabajar con fantasía pero domina la realidad y el Cc trabaja con pura realidad, ambos son regidos por el principio de realidad. Esto se debe a que el Inconsciente es un sistema que no se desarrolló, es decir, es un sistema primitivo, a diferencia de los otros dos sistemas que se desarrollaron con el tiempo.

La interpretación de la realidad material y objetiva hecha por estos sistemas psíquicos es lo que llamamos realidad psíquica, nuestra realidad psíquica y no debemos confundirla con la fantasía. Un sujeto sano puede distinguir perfectamente lo real de lo fantasioso, pero su realidad no es la misma que la de otro individuo, esto justamente porque vive su realidad psíquica.

Es importante distinguir la realidad psíquica de la realidad objetiva porque el psicoanálisis trabaja con la realidad psíquica de cada individuo y no con la realidad objetiva.

Todo individuo que se considere sano debe tener una clara distinción entre la realidad y la fantasía, es decir, entre su mundo interno y externo. Los problemas comienzan cuando esa distinción no es tan clara y se comienza a confundir lo fantasioso con la realidad, entonces hablaríamos de procesos patológicos. En algunos trastornos mentales la pérdida de realidad es total, en otras sólo se pierde cierto sentido de realidad, de eso dependerá que tan grave sea la

patología, como por ejemplo en la psicosis que se pierde todo sentido de realidad y la fantasía se impone.

Pero entonces qué es la pérdida de la realidad. En “La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis” (1924) Freud nos dice que en toda enfermedad mental existe una perturbación con la realidad, pero como vimos en el capítulo anterior, no sólo en patologías, también hay una pérdida de realidad en el sueño. Esto se debe a que la neurosis es una estructura normal dentro del aparato psíquico, es decir, que las personas sin ningún tipo de enfermedad mental presentan algunas características de este tipo de estructura, por eso en el sueño también sucede esta pérdida de realidad aunque no haya enfermedad.

Por otro lado, el sueño también funciona como la estructura psicótica, es decir, ocupa los mismos mecanismos al perder la realidad, de ahí su importancia para nuestra investigación y que hayamos hablado de ella en capítulos anteriores.

Por lo que podemos decir que en sujetos normales la evitación de la realidad que se vive como dolorosa es normal, por eso, la fantasía también es un proceso normal en estos casos, ya que se usa como defensa ante la realidad, hasta aquí no hay proceso patológico. En cambio con una estructura psicótica hay una sustitución de la realidad, que es justamente lo que sucede en el sueño y en las adicciones.

Luego entonces, cómo es que se pierde la realidad en la neurosis y en la psicosis. En la neurosis se evade la realidad, se huye de ella, existe un conflicto entre el Yo y el Ello (el Ello es en nuestro sistema psíquico el lcc y el Yo es el Prcc). En cambio, en la psicosis además de la negación hay una transformación y elaboración de la realidad, podríamos decir una sustitución de la realidad, el conflicto es entre el Yo y el mundo externo.

¿Y cómo sucede? ocurre cuando el mundo externo puede dominar al Yo. Existen dos posibilidades para su dominación: una mediante las percepciones actuales y la otra mediante las huellas mnémicas que constituyen el mundo interno, como elemento del Yo. En la psicosis ocurre

que estas percepciones recientes son excluidas del sistema psíquico pero además las huellas mnémicas son sustraídas del mundo interior, eliminando su significación (carga) para el Yo. A partir de ahí, el Yo se construye un mundo fantasioso nuevo, tanto un mundo externo como interno de acuerdo a los deseos del Ello, y es por estos deseos del Ello que el Yo obedece, la pérdida de realidad recae precisamente sobre aquella parte de realidad a cuya demanda fue iniciada la represión, es decir, la realidad sustituida va a ser esa que fue reprimida por insoportable.

Aquí encontramos una afinidad muy importante entre el sueño y la psicosis, porque el sueño pierde la realidad casi de la misma manera, se aparta del mundo real y de las percepciones, pero esta condición es dada por el estado de reposo y no, como en la psicosis, por un conflicto entre instancias psíquicas.

Como recordaremos también las adicciones tienen características psicóticas, además de las neuróticas y perversas. Tanto en la psicosis como en las adicciones no hay cabida para el lenguaje. El lenguaje, a nivel metáfora, es un medio para relacionarse con el Otro a través el discurso.

Pero qué pasa cuando ya no hay manera de pronunciar y se acabo todo lo que se tenía que decir, entonces surge la psicosis, una barrera a la falta y al Otro. En el caso de la adicción pasa algo similar, no se puede nombrar lo que duele y es insoportable, por eso el acto, ya no hay que decir, no queda lenguaje para expresar lo que se siente, además de ser una barrera hacia la falta. La diferencia entre psicosis y adicción, probablemente este dada en el objeto, es decir, el adicto crea mundo alternos, usa a la fantasía como defensa pero lo detiene ese contacto con el objeto, vale decir, esa fusión con el objeto, que de cierta manera lo mantiene con cierto sentido de la realidad, lo que no pasa en la psicosis, ya que la pérdida de realidad completa ocurre por esa falta de contacto con todo y con todos.

Volviendo al sueño y con ésta misma idea, hay pérdida de realidad y la fantasía se instaura pero como un proceso normal, en donde se cumplen los deseos inconscientes por medio de la

alucinación, sin embargo, es una regresión temporal y existen otros medios de satisfacción, hay un regreso a la realidad en la vida despierta. Y al compararlo con las adicciones, la fantasía sucede como un proceso anormal, pues sucede en vigilia y como único medio de satisfacción.

Ahora que tenemos claro que es realidad, veamos a que se refiere el término fantasía.

Fantasía se define como:

Representación, guión escénico imaginario, consciente (ensoñación), preconsciente o inconsciente, que implica a uno o varios personajes y que pone en escena de manera más o menos disfrazada un deseo (Chemama, 1998, pág. 157)

Es decir, una fantasía es una escenificación de los deseos inconscientes. Existen diferentes tipos de fantasías: las fantasías inconscientes, las conscientes y también las fantasías originarias que tienen que ver con el origen del sujeto y que son universales (la escena primordial, la castración, etc.)

La fantasía, en el uso corriente del término, es el trabajo que produce la imaginación al crear un guión con las imágenes e impresiones que devienen de los sentidos. Este guión puede representarse como escenas en la mente de quien fantasea. Tiene su núcleo en aquello que desea que se cumpla, o bien se liga con algún sentimiento que estampa su huella ante algo vivido.

La fantasía es un proceso que puede darse tanto en estado de vigilia como en el estado de sueño y también en estados patológicos, sin embargo, debemos advertir que las fantasías inconscientes, por tanto reprimidas, no pueden ser escenificadas en vigilia, solamente pueden ser vistas en los sueños o en estados patológicos.

Y siendo la fantasía un proceso tan importante en el sueño ya que funciona como medio de satisfacción y defensa contra la realidad, ¿tendrá la misma función en vigilia? La respuesta es sí, la fantasía es ante todo una defensa contra la realidad y para mantener la sanidad mental en un individuo, rompe con el displacer, causando cierto placer independientemente de la realidad. Es un

proceso necesario y normal dentro de todo sujeto. Por otro lado, la misma fantasía puede convertirse en un proceso patológico cuando queda como único proceso para lograr la satisfacción, llegando hasta el punto de la alucinación.

Asimismo, las fantasías surgen de los deseos insatisfechos y cada fantasía singular es un cumplimiento de deseo, una rectificación de la insatisfactoria realidad. Por medio de la fantasía se escenifica el deseo, procesa su pérdida y encara formas de reencontrar el objeto perdido.

Además, las fantasías son movilizadas por las pulsiones que no hallan su descarga satisfactoria, por tanto, intentan un modo y forma de obtención de esa satisfacción que no pudo descargarse, mediante juegos, ensoñaciones, creación artística, producción onírica y su elaboración secundaria, o en algunos casos, en la formación de síntomas.

Así, vemos como el deseo está ligado a la fantasía todo el tiempo, por eso decimos que con la fantasía se busca al objeto perdido del deseo, es decir, a ese objeto que brindó satisfacción completa por primera vez y como nunca va a volver a brindar la misma satisfacción, se desea desde aquel momento.

Este objeto perdido, en las adicciones es conservado, la droga u objeto adictivo no quiere soltarse para evitar la falta, de ahí la satisfacción alucinatoria del deseo, porque al final de todo ese es el deseo inconsciente que quiere verse realizado, evitar la falta, la alucinación de que ese deseo se cumple estará dado justamente al no soltar el objeto adictivo, conservarlo y darse satisfacción sin necesidad del Otro.

Aquí agregaremos que viniendo del inconsciente, la fantasía en realidad no cumple ningún deseo, nada que venga del inconsciente lo hace, se cree que se cumple (la alucinación) y por eso el deseo jamás desaparece.

Por otra parte, cambiando un poco el tema pero siguiendo con el concepto de fantasía, nos pareció interesante revisar la propuesta de los autores David Liberman y Elsa Labos, ya que

plantean que un proceso normal de fantasía puede volverse patológico mediante el refuerzo de vínculos parentales, esto es: cada individuo trae consigo una fantasía inconsciente que se une a las fantasías inconscientes de sus padres y de ahí hacia la familia completa. Así, esta familia va a operar bajo esa fantasía inconsciente, creada particularmente por ese vínculo. Y en vínculos patológicos se vuelve real, vale decir, se vive a través de la fantasía.

Por esta razón nos pareció interesante revisar esta propuesta, ya que así, podemos ver que las personas con adicción no solamente sustituyen su propia realidad sino que arrastran a los contextos cercanos, como la familia; y de esta manera se vuelve un ciclo vicioso que refuerza la adicción a través de la operación de una fantasía patológica.

Según David Liberman y Elsa Labos (1982), las fantasías inconscientes se ven afectadas ampliamente por el vínculo parental y por esa razón, cada individuo tiene fantasías muy particulares, además de que responde de manera diferente a la realidad.

Ahora, esta afectación dada por el vínculo surge, como en otras teorías, en los primeros años del desarrollo. Los autores llaman procesamiento vincular a la interacción de los padres con el niño:

Consideramos el procesamiento vincular como la serie de sucesos psicológicos que transcurren dentro de un proceso estructural dinámico establecido entre el niño y sus padres. (Liberman & Labos, 1982, pág. 19)

Según ellos, todo el proceso evolutivo de un individuo se ve afectado por leyes naturales que vienen con nosotros, lo instintivo según Freud, o lo biológico, que lleva en los genes un individuo. Todos los seres humanos, sin excepción, atraviesan por situaciones llamadas experiencias universales, que pueden resolverse o generar conflictos. Gracias a todas estas experiencias universales surgen las fantasías inconscientes relacionadas con estos eventos, sin embargo, estas fantasías se transforman de acuerdo al mundo externo donde se desarrollen y especialmente de acuerdo a la influencia de las figuras paternas.

Estos autores afirman que las fantasías inconscientes de los niños son depositadas en una especie de espacio comunicacional, donde también se depositan las propias fantasías inconscientes de los padres, lo que provoca una “fantasía familiar” que hace operar a esa familia. Ellos mezclan estas ideas con la teoría de la comunicación y mencionan que gracias a la comunicación, es decir, a los mensajes verbales y no verbales, se crea una *<fantasía inconsciente vincular operante>*.

Lo interesante es que mencionan que la fantasía vincular operante se expresa a través de conductas coherentes, esas conductas coherentes son las que otorgan la certeza alucinatoria y por ende realista, es decir, la fantasía crea una realidad alterna en donde se desarrolla esa familia.

Ahora, girar dentro de una fantasía operante, no en todos los casos desarrolla una patología, las fantasías inconscientes generadas por las experiencias universales tales como el trauma de nacimiento, ruptura de simbiosis con la madre o el descubrimiento de las diferencias sexuales, se dan en todos los individuos y familias, justamente depende de este proceso vincular, es decir, que el vínculo entre padre y niño sea sano, ya que con ello los sucesos del mundo externo van a resultar menos traumáticos y no habrá fijaciones dentro de esa fantasía inconsciente.

Sin embargo, cuando la fantasía esta reforzada por un vínculo patológico se vuelve real. Liberman y Labos nos explican el funcionamiento de la fantasía inconsciente vincular operante y cómo es que de fantasía pasa a ser la realidad experimentada por esa familia:

La omnipotencia de la fantasía intrapsíquica, al ser compartida y por ende reforzada, adquiriría una credibilidad funcionalidad tal que, efectivamente, es capaz de transformar los objetos externos en objetos acordes a la fantasía intrapsíquica. El proceso psicoanalítico crea una obra asimétrica que tiende a contrarrestar la fantasía intrapsíquica del paciente. (Liberman & Labos, 1982, pág. 22)

De acuerdo a lo que plantean estos autores, podemos decir que en las adicciones hay una fantasía inconsciente que opera dando otra realidad. Esta fantasía es creada desde la primera infancia y permanece operando por el vínculo patológico con los padres, cumple dos funciones:

negar la realidad y construir una realidad alterna. También podemos decir que no existe una fantasía inconsciente para todos los adictos, dependiendo del contexto familiar y de su propia historia, operara una fantasía individual y particular en cada caso.

Al mismo tiempo nos dicen que los tratamientos psicoanalíticos servirían en este tipo de pacientes, trabajando desde la fantasía, es decir, si desde psicoanálisis se trabaja con la realidad psíquica del paciente y no con la realidad objetiva, se pueden modificar las fantasías inconscientes patológicas, además de los resultados ya sabidos de un tratamiento psicoanalítico.

Habiendo revisado desde varios puntos la negación de la realidad y la fantasía, sólo nos resta concluir, a manera de resumen, que negar la realidad es normal, ya que la vivimos como insoportable y displacentera, la psique va a instaurar a la fantasía como defensa para poder generar placer independientemente de ella y también para sustituir la realidad como modo de satisfacción, creando mundos alternos de fantasía en donde se escenifiquen los deseos inconscientes. Esto es lo que sucede en el sueño. A diferencia de las adicciones, en donde la negación de la realidad es un proceso patológico, al igual que en el sueño como una manera de defensa, sólo que en este caso ya existe la perturbación mental, es decir, aquí la psique y el sueño ya fracasaron en su intento de preservar el equilibrio mental, ahora hay un segundo intento de defensa para evitar la muerte psíquica a través de la fantasía, es decir, la fantasía se instaura de manera patológica en la vida del sujeto, como único medio de satisfacción para evitar el sufrimiento y la pérdida, consiguiendo únicamente una satisfacción alucinatoria del deseo inconsciente.

4.3 Satisfacción alucinatoria del deseo

Dentro de la idea de satisfacción no hemos dicho que si una adicción y un sueño son un síntoma, entonces son también una satisfacción sustitutiva para el sujeto.

¿Cómo es esto? La neurosis nace a consecuencia de la negativa del Yo a descargar toda la excitación que existe dentro del Ello. La excitación del Ello es tan fuerte y quiere dominar a toda

costa la psique, que el Yo se ve forzado a defenderse por medio de la represión, o sea, usa su excitación en contra del Ello, vale decir, contrainviste la excitación del Ello para que no pueda salir. Cuando la represión ya no es suficiente o falla, los contenidos reprimidos del Ello o lcc se rebelan e intentan expresarse, buscan por otros caminos la satisfacción, es decir, la descarga de su excitación, en donde el Yo no pueda intervenir, estos caminos son satisfacciones sustitutivas o un síntoma.

Así, podemos entender que tanto en el sueño como en la adicción se busca una satisfacción sustitutiva ante la represión, dicha satisfacción va a ser dada por una alucinación de la realización del deseo inconsciente. Éste deseo es alucinado en ambos casos debido a la regresión, pero en el sueño la regresión se da por el estado de reposo y en la adicción surge por las perturbaciones psíquicas.

En la adicción, el deseo inconsciente que se cree cumplir es la evitación de la falta, se cree obtener satisfacción por medio de la alucinación, se conserva al objeto del deseo para evitar la falta, que en este caso sería el acto u objeto adictivo y así, cada vez que el sujeto realice el acto adictivo alucinará que no hay falta y que su objeto de deseo siempre va a estar disponible. A este modo de satisfacción primario, es a lo que Freud llama *<psicosis alucinatoria del deseo>*, pues solamente ocurre en estados patológicos y no como en el sueño, simplemente como una satisfacción alucinatoria del deseo.

Además de buscar modos antiguos de satisfacción, tanto en el sueño como en la adicción hay una negación la realidad y se sustituye por medio de la fantasía. Como hemos dicho, en el sueño solamente se instaura la fantasía durante el proceso del dormir, a diferencia de la adicción que sucede en la vida de vigilia y no solamente en el dormir.

Por otro lado, la idea de que ambos procesos son una satisfacción alucinatoria del deseo, es dada a partir de la siguiente idea de la psicoanalista francesa Le Poulichet:

Los toxicómanos tratan de conservar en la vida despierta una forma de percepción alucinatoria como en el sueño, bajo la protección de una narcosis. (Le Poulichet, 1987, pág. 55)

Y es que probablemente en esta idea este concentrada toda nuestra investigación. La conexión más importante que existe entre adicción y sueño es el proceso alucinatorio.

Para Sylvie Le Poulichet (1987) la figura del tóxico parece representar, en el trayecto freudiano, una forma de fracaso del sueño y también un simulacro de sueño y de dormir para un órgano psíquico. Esto quiere decir que, en el caso de las adicciones, la función del sueño como defensa fracasó. El intento, por parte del sueño, de preservar el aparato psíquico en equilibrio se rompió, entonces si el sueño fracasó, se instaura la patología de la adicción.

Por otro lado, con simulacro de sueño se refiere a que la adicción va a funcionar como si fuera un sueño, es decir, con los mismos mecanismos del sueño, mediante la satisfacción alucinatoria del deseo, para poder conservar la vida.

Pareciera que las adicciones son un simulacro del sueño en el sentido narcisista y egoísta de no querer saber nada del Otro y brindarse satisfacción sin necesidad del otro, a través de la fantasía y la alucinación.

Ahora, cuando hablamos de que el deseo inconsciente que se intenta satisfacer por medio de la alucinación, recordemos que este deseo es evitar la falta y la pérdida. Podemos pensar en la adicción como un acto continuo, la continuidad evita la falta, no surgen límites ni cortes para el sujeto, por eso es que cuando un paciente con adicción cae en abstinencia, es decir, pierde el objeto de consumo o deja el acto adictivo por algún tiempo, no lo puede tolerar y cree que la pérdida de este objeto de adicción fue una pérdida de él mismo, una parte de su cuerpo, probablemente pierde una parte de su Yo, la que se ha fusionado con el objeto.

Aquí otra vez, podemos pensar en el goce. Un acto adictivo es un goce al igual que lo mencionamos con los sueños de angustia, porque no hay cortes ni límites, no importa hasta donde

se tenga que llegar, incluso a la pérdida de la vida, pero no habrá un detenimiento dentro de lo continuo.

Finalmente, al hablar del proceso alucinatorio, no podemos dejar de mencionar que es un proceso primario que sucede debido a la regresión, esto es lo que revisaremos en el apartado final.

4.4 Proceso primario y regresión

En el capítulo anterior hablamos sobre los procesos primarios y secundarios de la psique. Revisamos que un proceso primario es trabajo del Inconsciente, a su vez, el lcc se rige por el principio del placer y por el deseo.

Como recordaremos, el sueño trabaja con procesos primarios, debido a una regresión temporal. Dijimos que en el sueño se da una regresión de pensamientos a imágenes, de esta manera se puede cumplir el deseo inconsciente por medio de la alucinación y que la regresión temporal está dada por la condición de reposo.

En el caso de la adicción, la mayor parte del tiempo, también se ocupan procesos primarios, pero esto no quiere decir que no se ocupen los procesos secundarios. La regresión se ha debido a perturbaciones en el desarrollo, es una regresión del desarrollo, el estado regresivo es dado aquí por los conflictos intrapsíquicos y se trabaja con procesos primarios pero de manera anormal. Por qué decimos que de manera anormal, porque cuando somos adultos y con una psique desarrollada, vamos a preferir trabajar con los procesos secundarios y el principio de realidad, el volver a estos funcionamientos primarios incluso en la vigilia y, que además, sean los procesos dominantes en la psique, es lo que hace anormales a estos procesos.

Al mismo tiempo, en las adicciones existe una regresión a nivel de la libido, de ahí que haya un retorno al narcisismo primario y que sea una característica de los adictos.

En ambos casos, en el sueño y en la adicción, hay rastros de narcisismo expresado en ese desinterés por el mundo real o externo al apartarse de los estímulos externos y cerrarle el paso al sistema Cc. Ahora, en el caso del sueño el narcisismo es momentáneo y debido a una defensa para mantener el equilibrio psíquico; en cambio en la adicción, el narcisismo se vuelve un estado, por eso se habla de una especie de narcisismo secundario para defenderse de la pulsión de muerte, o dicho de otro modo, para conservar la vida.

Para entender la vuelta al narcisismo primario en la adicción, debemos volver a la característica de debilidad en la estructura del Yo de un adicto, es gracias a esta fragilidad que el sujeto con adicción busca un modo de salvarse, de preservar la vida, por decirlo de algún modo, entonces retira la libido de los objetos y la regresa a su Yo a fin de volverlo más fuerte, por esta razón, el narcisismo se vuelve un estado.

Además, el concepto de narcisismo encaja aquí porque el sujeto y el objeto adictivo son uno mismo, es decir, es como un estado de autoerotismo, en donde no hay satisfacción en otro lado más que en el propio cuerpo, en el propio ser. Cuando un sujeto tiene adicción se olvida del Otro, ya no importa nada más, más que su objeto de adicción o su acto, pero en realidad no es que se esté vinculando normalmente con los objetos, más bien es un autoerotismo completo, es decir, objeto adictivo y él se han fusionado, he ahí el narcisismo, por eso la vuelta a un narcisismo primario, hasta volverse una organización patológica.

En el mismo sentido pensamos que la adicción puede ser una forma de autocuración infantil, esta autocuración se realiza mediante formaciones narcisistas.

Por otro lado, hasta aquí no hemos señalado un punto muy importante para la comprensión del proceso alucinatorio: Freud nos dice que una alucinación pertenece al registro de las afecciones narcisistas, es decir, cuando sucede la alucinación coexiste un estancamiento de la libido yóica como en la enfermedad orgánica o, como vimos, también en las adicciones.

En este punto Freud habla de que el estancamiento de la libido es en realidad una desexualización, es decir, cada que surge un estado narcisista, como consecuencia, habrá una desexualización, ya no hay interés ni desplazamiento de la libido hacia los objetos sexuales. Así, nos damos cuenta que en las adicciones sucede una desexualización de los objetos por la vuelta al narcisismo primario. A diferencia del sueño, que el narcisismo se debe al estado de reposo, en las adicciones el retraimiento narcisista surgirá por la creación de un dolor insoportable.

Al mismo tiempo, estas formaciones narcisistas protegen al individuo de un trauma sexual, es decir, lo protegen de la falta y del deseo, justamente de lo que intentan protegerse los adictos.

Hasta aquí llegamos con los procesos primarios y secundarios. Y de esta manera, entendemos que la relación más importante entre sueño y adicción es el proceso alucinatorio.

Pero antes de terminar este capítulo, nos gustaría volver a la importancia del discurso y el por qué los tratamientos psicológicos actuales no son suficientes para lograr la solución a todo el problema de las adicciones. Sobre todo porque después de haber revisado a profundidad la etiología de las adicciones y de los sueños y ya teniendo la relación y la comparación entre ambos. Ahora podemos reafirmar lo que ya señalamos e incluso agregar nuevos elementos.

Dentro del discurso psicoanalítico pudimos descubrir una nueva dimensión en el concepto de las adicciones, el de la urgencia. Las adicciones son una urgencia por tener, por evitar la falta, es una pérdida en lo real y en lo simbólico, que no se ha podido tramitar, por tanto se intenta conservar al objeto que se perdió, al objeto de deseo (objeto u acto adictivo) a toda costa.

En el mismo sentido Eduardo Vera señala:

La urgencia frente a la falta de la droga, la urgencia por preservar la vida, la urgencia de responder a los múltiples pedidos de los pacientes, la urgencia de crear estructuras terapéuticas adecuadas. (...) Esta dimensión de la urgencia no se reduce únicamente a una vivencia subjetiva; lamentablemente la urgencia se convierte, a menudo, en aquello que ordena toda respuesta clínica. (Vera, 1988, pág. 21)

Descubrir esta urgencia en las adicciones nos da respuesta de por qué los tratamientos actuales han dado resultados. Esta urgencia, marcada en el concepto de adicción, ha hecho que los tratamientos elegidos como eficaces actualmente, sean precisamente tratamientos cortos y con objetivos específicos, los llamados tratamientos cognitivo-conductuales, pues la demanda del paciente es de rapidez y urgencia. Estos tratamientos cumplen con las expectativas del paciente, una respuesta rápida, momentánea y de disponibilidad, parecido a como funciona la droga o el acto adictivo, es lógico entonces, que esa misma respuesta urgente no sea suficiente después; porque al final, el problema de los adictos es evitar la falta, por eso la urgencia y si se responde con esa misma urgencia como solución, es volver a evitar la falta, es decir, evitar que se enfrente al verdadero problema de raíz.

Por esta razón, entre otras más que hemos mencionado, consideramos que los tratamientos psicoanalíticos pueden funcionar y volverse eficaces para este tipo de pacientes, ya que en este tipo de tratamientos no existe urgencia por resolver las demandas del paciente, ni por eliminar el hábito, más bien se busca enfrentar al paciente con su falta y de ahí buscar solución. En el mismo sentido, Héctor López comenta:

*(...) El analista no define a un sujeto por su adicción sino por su estructura inconsciente, donde la droga ocupa un lugar de efecto y no de causa.
(López, H., 2003, pág. 14)*

Con toda nuestra investigación concluimos que el discurso en el que se basa la intervención médica y los tratamientos psicológicos para atender a las adicciones es erróneo o, por lo menos, está incompleto. Por eso propusimos entender a las adicciones desde otro tipo de discurso como el psicoanalítico y a partir de ello generar otro tipo de intervenciones más permanentes.

Más allá del discurso ya planteado por el psicoanálisis sobre las adicciones, intentamos una comprensión distinta y diferente, teóricamente hablando. Esperamos que con este nuevo entendimiento, desde otra perspectiva, se puedan crear tratamientos psicológicos alternos a lo ya establecido.

Finalmente y como conclusión del capítulo, podemos decir que la adicción no es una enfermedad nueva a las ya conocidas, al revisar su etiología descubrimos que en el fondo subyacen estructuras tanto neuróticas como psicóticas y también perversas, por lo que la adicción simplemente es un síntoma.

Además, descubrimos que el sueño y la adicción son procesos que trabajan de manera similar en muchos aspectos, niegan la realidad y la sustituyen a través de la fantasía. Sin embargo, también existen diferencias importantes, principalmente que el primero es un proceso normal y el segundo es patológico.

Así, llegamos a que la adicción puede ser entendida desde el sueño mediante la satisfacción alucinatoria del deseo y de hecho ésta es la relación principal y fundamental encontrada entre estos dos procesos.

CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo hemos hablado de adicción y sueño como dos procesos con características similares y también mencionamos sus grandes diferencias, un claro ejemplo de ellas es que la adicción es un proceso patológico y el sueño no.

Como primera conclusión podemos decir que la adicción no es una nueva estructura dentro de la mente ni tampoco una enfermedad nueva y original, a pesar de que este clasificada así. La adicción es un síntoma en el que subyace una enfermedad más profunda, como la neurosis o la psicosis; o una combinación de estructuras perversas, psicóticas y neuróticas.

Ahora, el problema de la adicción surgió con el abuso de las drogas, resultado del desarrollo de la civilización y de todo lo que significó (el avance de la ciencia, la influencia de factores sociales y políticos, entre otros), esto provocó que las drogas se volvieran populares y que estuvieran al alcance de cualquier persona. Sin embargo, queremos resaltar que para nosotros, la razón más importante para que comenzara el abuso a las drogas, viene de la naturaleza humana, es decir, un sujeto siempre va a buscar satisfacción y a evadir lo doloroso, efectos que causan las drogas.

A partir del abuso a sustancias, se formó el concepto de adicción como enfermedad y poco a poco se fue modificando, de acuerdo a las demás situaciones o acciones que el área médica ha considerado dentro de este concepto. Por eso, ahora sabemos que el término adicción se refiere a cualquier actividad o situación que cause dependencia, incluyendo la dependencia hacia una persona o al sexo y no sólo al abuso de sustancias químicas.

Entonces, como siguiente conclusión podemos decir que una adicción no se reduce al consumo de drogas, sino que es una manera de actuar, de enfrentar al mundo; una manera de soportar lo doloroso y de negar realidades. Es el sujeto quien elige el tipo de adicción y lo hace de

acuerdo a su mundo interno. Sólo él es responsable de lo que le sucede (de sus acciones) y de lo que puede o quiere hacer al respecto, es él mismo quien tiene que “repararse”.

Por otro lado, cuando revisamos la historia de la droga, nos dimos cuenta de cuán importante es la construcción del discurso para un fenómeno como la adicción, descubrimos que éste estaba mal elaborado, por eso propusimos su modificación a través de una comprensión distinta, otro tipo de discurso: el psicoanalítico, y así, poder intervenir de manera más eficaz.

En ese mismo sentido, ahora sabemos que la adicción no es una entidad separada del sujeto, es totalmente lo contrario, el problema de raíz está en el sujeto, en él se debe poner atención y no como hasta ahora se había pensado, en el objeto de consumo o hábito.

Por eso, uno de los objetivos principales del presente trabajo fue destacar la importancia del sujeto y de su psique dentro de las adicciones, sin dejar de considerar aspectos sociales. En definitiva sería reduccionista pensar que la solución al problema está a nivel individual, sabemos que influyen un sinnúmero de factores, sin embargo, consideramos que sí es determinante para generar fenómenos de este tipo.

No podemos controlar factores sociales como la facilidad de obtención de un objeto de consumo en la sociedad actual, el mal funcionamiento en las familias que es el primer vínculo con el que se relaciona el sujeto, o sea que no podemos controlar el medio (Otro) en el que se desarrolla el sujeto; pero si podemos controlarnos como sujetos, es decir, con una psique fuerte y herramientas adecuadas para defenderse del medio será mucho más difícil que un sujeto caiga en una adicción o en cualquier otro tipo de patología.

A partir de esto, concluimos que se puede atender a un paciente con adicción desde un tratamiento psicoanalítico, más allá de eso, creemos que puede haber buenos resultados modificando algo de la técnica, basándose en las aportaciones teóricas de este proyecto; y aun sabiendo que hasta ahora no ha habido resultados muy alentadores con este tipo de tratamientos.

Además, como hemos mencionado, hoy tampoco existen otro tipo de tratamientos psicológicos cien por ciento eficaces. El tratamiento más eficaz, sin duda, es la terapia conductual, pero los resultados han mostrado que no hay cambios permanentes, sólo parciales, debido a la brevedad del tratamiento y a que solamente se enfoca en el síntoma, sin preguntarse del origen.

Si bien nosotros proponemos a la adicción como un síntoma que disfraza una enfermedad subyacente, decimos también que no es suficiente con eliminar el hábito de la adicción, vale decir, no es suficiente eliminar el síntoma para que se resuelva el problema, se necesita averiguar el origen del síntoma (lo inconsciente) y eso sólo se logra en una terapia mucho más profunda, como lo es el psicoanálisis.

Hablando de síntoma, agregaremos como una conclusión más, que tanto el sueño como la adicción pueden ser leídos como síntomas. Recordemos que un síntoma es la expresión de un conflicto inconsciente y en ambos casos hay conflictos inconscientes que no pueden ser expresados, por lo que se convierten en síntomas. La adicción es un síntoma que surge como defensa de lo insoportable de la realidad y aunque el sueño no es un síntoma como tal, sí puede ser leído así en algunos casos, ya que los sueños o ensoñaciones surgen como defensa para proteger el proceso de dormir.

En otro orden de ideas, tanto la adicción como el sueño son un modo antiguo de satisfacción. Por un lado, en la adicción, el sujeto posee una psique que se estancó y por eso trabaja preferentemente con procesos primarios, así, se satisface a sí mismo de manera alucinatoria como lo hacía a principios del desarrollo, sin necesidad de otro, lo que Freud llamó <la *satisfacción alucinatoria del deseo*>. Existe un deseo inconsciente que se cumple en cada acto adictivo, por ello se obtiene cierta satisfacción, sin embargo, esa satisfacción no es real, sólo es alucinatoria, de ahí que el deseo siga existiendo y que la adicción sea un ciclo difícil de romper.

Y por el lado del sueño, la satisfacción alucinatoria del deseo funciona de manera similar. En un sueño se alucina que se cumple un deseo, así surge la satisfacción. Cuando soñamos “vivimos” lo que está sucediendo, por eso es una alucinación y no imaginamos o pensamos como cuando

estamos despiertos, el pensar es un proceso secundario; la alucinación en cambio es un proceso primario. En el sueño, como tampoco se realiza, el deseo sigue existiendo.

Aunque en ambos procesos el deseo no se cumpla en la realidad, eso no impide considerarlos como un cumplimiento de deseo que solamente se logra a través de la fantasía y de la alucinación. Freud creía que más que cualquier otra cosa, el sueño era un cumplimiento de deseos inconscientes y nosotros encontramos que también la adicción lo es.

Ahora, al mencionar a los procesos menos desarrollados dentro de la psique llamados primarios, no podemos dejar de indicar que estos procesos vienen del origen del desarrollo y es normal utilizarlos en ese tiempo, pero ocuparlos más tarde significa regresar a etapas anteriores, por tanto, el sueño y la adicción son estados regresivos. En el caso de la adicción, la regresión puede ser permanente y sucede por la represión del inconsciente; y en el sueño la regresión es temporal y de manera voluntaria.

Debemos recordar que el sujeto encuentra la satisfacción total solamente en un momento de su vida, es en el origen del desarrollo, o sea en el vientre materno, por lo que esta característica de regresión que comparte el sueño y la adicción viene de la constante búsqueda de satisfacción total que sólo se encontró en el vientre materno.

Por otra parte, una relación muy importante entre sueño y adicción, es que en los dos hay una desconexión del mundo exterior, una especie de regreso al narcisismo primario, es decir, el egoísmo del sujeto, de no considerar nada ni nadie más que sus propias necesidades, lo que genera que haya esta desconexión, que como dijimos, es necesaria para que se dé la alucinación. En consecuencia, existe una negación de la realidad.

Así, llegamos a la conclusión final: La adicción y el sueño niegan la realidad y además, la sustituyen por medio de un proceso alucinatorio. La adicción es un proceso patológico que funciona con un modo antiguo de satisfacción. Ocurre un fenómeno llamado <satisfacción alucinatoria del deseo> para poder soportar el dolor y salvarse de una muerte psíquica (la locura).

Asimismo, el sueño es un proceso normal que al igual que en la adicción, funciona la <satisfacción alucinatoria del deseo>, pero para evitar conflictos internos y mantener un equilibrio psíquico. Igualmente funciona como un modo antiguo de satisfacción, pero sólo temporalmente y no de manera crónica.

En ese sentido, podemos concluir también, que ambos son procesos de autoconservación, es decir, sirven como defensa ante causas distintas, una defensa ante procesos psíquicos intensos. Es importante señalarlo porque en el caso de la adicción, una parte importante de la psicología, incluyendo el psicoanálisis, consideran a la adicción como un proceso autodestructivo. Plantean que el sujeto ha sucumbido a las pulsiones de muerte y queriendo obtener el placer total, sacrifica la vida.

No obstante, pensamos que la adicción, como dijimos en algún momento, es una especie de autocuración, infantil de hecho, por eso aparece como síntoma y aunque existan conductas autodestructivas, lo que se busca en realidad, es evitar algo mucho más grave como la muerte psíquica. Ahora, en el caso del sueño, es claro, como en todos niveles, nos protege de todo daño, incluso si lo pensamos solamente de manera fisiológica.

Por todo lo dicho hasta ahora, podemos afirmar que la adicción es una intensificación del proceso del sueño y al mismo tiempo, un simulacro del mismo.

Finalmente y después de toda la investigación realizada, encontramos que el título del presente trabajo no fue el más preciso, probablemente ahora podríamos cambiarlo a alguno más acorde con la conclusión principal, algo como: Adicción y sueño: La negación de la realidad a través de un proceso alucinatorio. Puesto que la adicción y el sueño son una negación de la realidad, pero más que a través de la fantasía, diríamos que sucede a través de la alucinación, específicamente a través de la satisfacción alucinatoria del deseo.

REFERENCIAS

1. Aguilera Hernández, V. (2008). *Un cuerpo para dos, donde la droga acaba con el dolor psíquico*. Tesis de maestría publicada, Colegio Internacional de Educación Superior.
2. Baselga, E. (1972). *Los drogadictos*. Ediciones Guadarrama, Madrid, España.
3. Bodino, C. (2001). *Las Adicciones. Del uso a la dependencia*. Editorial Longseller, Buenos Aires.
4. Buela-Casal, G. y Miró Morales E. (2001). *Qué es el sueño. Para qué dormimos y para qué soñamos*. Editorial biblioteca nueva, Madrid.
5. Cárdenas de Ojeda, O. (1974). *Toxicomanía y Narcotráfico, Aspectos legales*. Fondo de cultura económica, México.
6. Castrilo Mirat, D. (2009). *Necesidad, demanda, deseo*. Extraído el 22 de enero de 2014 desde: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/N/necesidad_demanda.htm.
7. Castro Méndez, T. (2010). *De la fantasía al fantasma: soporte de la ausencia*. Tesis de licenciatura publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
8. Chemama, R. (2002). *Diccionario del psicoanálisis: diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis*. Amorrortu editores, primera edición, Buenos Aires.
9. Ernesto López, R. (1993). *La maldición eterna*. Monte Ávila Editores, Latinoamérica.
10. Escotado, A. (1989). *Historia General de las drogas 1 y 2*. Alianza Editorial, Madrid, España.

11. Freud, S. (1950 [1895]). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Obras completas, volumen 1. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs.209-276.

12. a) Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Obras completas, volumen 1. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs.343-720.

b) Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Biblioteca nueva, segunda edición, 2000.

13. Freud, S. (1901). *Los sueños*. Obras Completas, volumen 1. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs.721-752.

14. Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Obras completas, volumen 2. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs.1172-1237.

15. Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Obras completas, volumen 2. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs.2017-2038.

16. a) Freud, S. (1915). *Los instintos y sus destinos*. Obras completas, volumen 2. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs.2039-2052.

b) Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Obras completas, volumen XIV. Amorrortu editores, Buenos Aires 2001.

17. Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Obras completas, volumen 2. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs. 2091-2100.

18. Freud, S. (1917). *Adición metapsicológica a la teoría de los sueños*. Obras completas, volumen 2. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs.2083-2100.

19. Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer. Obras completas, volumen 3. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs.2507-2541.*
20. Freud, S. (1922). *Psicoanálisis y teoría de la libido (Dos artículos de enciclopedia). Obras completas, volumen XVIII. Amorrortu editores, 2001.*
21. Freud, S. (1924). *Neurosis y Psicosis. Obras completas, volumen 3. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs.2742-2744*
22. Freud, S. (1924). *La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis. Obras completas, volumen 3. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs. 2745-2747.*
23. Freud, S. (1941). *Una premonición onírica cumplida. Obras completas, volumen1. Biblioteca Nueva, siglo veintiuno editores, 2011, págs.753-75.*
24. Garcia Badaracco, J. E. (1992). *Psicoanalisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Editorial paidós, Buenos Aires.*
25. Guarner, E. (1978). *Psicopatología clínica y tratamiento analítico. Editorial Porrúa, México. págs. 200-222, 292-300*
26. Guillaumin, J. (1981). *Los sueños y el Yo. Ruptura, continuidad, creación en la vida psíquica. Ediciones paidós, primera edición en castellano, Buenos Aires.*
27. Halgin, R. & Krauss Whitbourne, S. (2004). *Psicología de la Anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos. McGraw-Hill interamericana editores, pp. 491, 488-529.*
28. Kalina, E. (1987). *Temas de Drogadicción. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.*

29. Kalina, E. (2000). *Adicciones. Aportes para la clínica y a la terapéutica*. Editorial Paidós.
30. Kernberg, Otto (1976). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
31. Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1986). *Fantasía originaria, fantasía de los orígenes, origen de la fantasía*. Editorial gedisa, Buenos Aires.
32. Le Poulichet, Sylvie (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
33. Liberman, D. y Labos, E. (1982). *Fantasía inconsciente vínculo y estados psicóticos*. Ediciones Kargieman, Buenos Aires.
34. López, Héctor (2003). *Las adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Editorial Lazos, Buenos Aires.
35. Mannoni, M. (1976). *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. Siglo veintiuno editores, México, D.F.
36. Mc Dougall, J. (1986). *La sexualidad como adicción (conferencia inédita)*
37. Muñoz Ruiz, C. (2010). *Metapsicología de las Adicciones. Tesis de licenciatura publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México*.
38. Musacchio de Zan, A., Ortiz Fragola, A. y cols. (2000). *Drogadicción compendio*. Editorial Paidós, segunda edición actualizada. Pp.40-58, 71-104.
39. Neuman, E. (1984). *Droga y Criminología*. Siglo veintiuno editores. México, D.F.

40. Oughourlian, J.-M. (1977). *La persona del toxicómano. Psicopatología de las toxicomanías actuales en la juventud*. Editorial Herder, Barcelona, España.
41. Paz Carrillo, C. A. y Rubil Posner, O. V. (1991). *Las complejidades del mundo alucinatorio*. Trabajo presentado en Valencia, Madrid, en el Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica. Extraído el 23 de junio de 2014 desde: www.uv.es/marvejo/Textos/PazyRubil%20Alucin.htm.
42. Rozet, I. M. (1981). *Psicología de la fantasía*. Akal editor, España.
43. Sami-Ali (1974). *El espacio imaginario*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
44. Sami-Ali (1997). *El sueño y el afecto. Una teoría de lo somático*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
45. Segal, H. (1982). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Ediciones Paidós, Buenos Aires.
46. Segal, J. (2001). *La fantasía*. Editorial longseller, Argentina.
47. Serra Barragán, C. A. (1996). *Hacia una comprensión psicoanalítica de la farmacodependencia*. Tesis de licenciatura publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
48. Tapia-Conyer, R. (1994). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. Editorial el Manual Moderno, México.
49. Vera Ocampo, E. (1988). *Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

50. Winnicott, D. W. (1988) *Realidad y Juego*. Editorial gedisa, págs. 117-127.

51. *Cursos Introdutorios de psicoanálisis*. Universidad Arturo Prat (2008). *Melanie Klein aportes a la teoría psicoanalítica: las posiciones y sus modalidades defensivas*. Extraído el 18 de agosto de 2012 desde: <http://www.slideshare.net/calapatardo/melanie-klein-defensas-y-posiciones-1431026>.