

Facultad de Psicología



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

Doctorado en Psicología

“CONSUMO, TOXICOMANÍAS, ALCOHOLISMO Y FEMINIDAD”

Doctoranda: Esp. María del Pilar Bolpe

Director: Dr. Marcelo Mazzuca

Julio 2020

Dedicatoria

A las pacientes por compartir conmigo su historia, a mis padres por sus virtudes y a mi tío José por ayudarme y confiar.

Agradecimientos

Deseo expresar mi agradecimiento, en primer lugar, a las autoridades y al personal del hospital zonal Reencuentro, en particular a Orlando que ya no está, a Sabrina, Nazareno, Rocío y Samanta que me ayudaron tanto. A las autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán y a quienes acompañaron mi paso por la sala de desintoxicación del Hospital del Carmen de la ciudad de San Miguel de Tucumán, al licenciado Zeitoune por invitarme al centro “Las moritas” de dicha ciudad, permitirme recorrer la institución y por transmitirme su experiencia. Va también mi agradecimiento al equipo del CPA de la ciudad de Azul y al Centro de Atención a la Ludopatía de la ciudad de La Plata, Buenos Aires.

Agradezco especialmente a la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires (CIC) que financió la investigación sobre la que versa esta tesis, sin cuyo acompañamiento no hubiera sido posible.

A mis amigas de la carrera de Doctorado de la Facultad de Psicología de la UNLP Lucía y Celeste, por el apoyo moral, el camino compartido, nuestras charlas, consejos y el grupo de WhatsApp. A Vale, mi amiga del alma que también está haciendo su tesis y pudo ayudarme con la mía.

A los/as compañeros/as del claustro de graduados, por el equipo que armamos.

A la Universidad Nacional de La Plata, por la formación que le ha brindado a toda mi familia y mí. A las autoridades de la carrera de Doctorado y

a quien lo fuera en el pasado la Dra. Ana Talak, mi primer encuentro con la generosidad académica, excelente y desinteresada en dicha carrera.

A mi director, el Dr. Marcelo Mazzuca quien con sus palabras orientó y generó las mías propias. Gracias totales.

A mis amigas, ese grupo de mujeres lindas y fuertes que me quieren y me enseñan cosas. A mis padres Osvaldo Bolpe y María del Pilar Tieri por hacerme libre en el pensamiento sin proponérselo, a mis hermanos por ser parte de mí. A mi analista Andrea por causar una y otra vez. A Enrique por acompañarnos en esto de escribir tesis, por las palabras, por su lectura, sus correcciones y por el amor inmenso.

Índice

RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
HIPÓTESIS PRINCIPAL.....	16
ORGANIZACIÓN DE LA TESIS.....	16
CAPÍTULO 1. SEXUALIDAD FEMENINA Y RECURSO AL TÓXICO.....	19
1. A. CONSUMO, TOXICOMANÍAS Y ALCOHOLISMO EN EL CAMPO DEL PSICOANÁLISIS	19
1.A.I. Los “nuevos síntomas” o “síntomas actuales”.....	19
1.A.II. LAS NOMINACIONES DEL USO/ABUSO DE TÓXICOS.....	21
1.A.III. LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL DSM IV.....	24
1.A.IV. Consumo problemático, toxicomanía y alcoholismo en psicoanálisis.....	26
1.A. V. LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON PACIENTES QUE DEMANDAN ATENCIÓN POR CONSUMO, TOXICOMANÍA Y ALCOHOLISMO.....	34
1. B. FEMINIDAD, TOXICOMANÍAS Y ALCOHOLISMO EN EL CAMPO DEL PSICOANÁLISIS	38
1.B.I. DIFERENCIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES Y EL RECURSO AL TÓXICO EN LA ÉPOCA DEL OTRO QUE NO EXISTE.....	39
1.B.II. ESTRAGO MATERNO Y RECURSO A LAS SUSTANCIAS.....	39
1.B.III. EL ESTRAGO POR LA VÍA DEL PARTENAIRE.....	41
1.B.IV. LAS COORDENADAS DE LA IDENTIFICACIÓN SEXUAL Y EL CONSUMO PROBLEMÁTICO COMO RESPUESTA A LO NO SINTOMATIZADO.....	42
1.B.V. GOCE FEMENINO Y TOXICOMANÍAS.....	43
1.B.VI. EL FRACASO DEL AMOR Y EL EMPUJE AL CONSUMO EN LAS MUJERES.....	45
1.B.VII. LAS FÓRMULAS DE LA SEXUACIÓN COMO ORIENTACIÓN DIAGNOSTICA.....	46
1.B.VIII. EL RECURSO A LAS SUSTANCIAS EN MUJERES Y LA LÓGICA DEL NO TODO.....	47
1.C. CONSUMO PROBLEMÁTICO Y FEMINIDAD: EPIDEMIOLOGIA, CARACTERÍSTICAS GENERALES Y DIFICULTADES DE UNA POBLACIÓN “INVISIBILIZADA”.....	49
1.C.I. PRINCIPALES INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS ARGENTINOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA POBLACIÓN FEMENINA.....	49
<i>La demanda de tratamiento discriminada por género.....</i>	<i>52</i>
<i>Lugares y tipo de tratamiento:.....</i>	<i>54</i>
<i>Servicios de atención para poblaciones específicas.....</i>	<i>55</i>
1.C.II. FEMINIDAD Y RECURSO AL TÓXICO DESDE OTRAS PERSPECTIVAS.....	57
<i>Una población específica invisibilizada.....</i>	<i>57</i>

<i>El género como factor de riesgo. Comorbilidad</i>	58
<i>La feminidad como obstáculo al tratamiento por los efectos del consumo</i>	60
<i>Mujer-madre. La mirada sobre la mujer consumidora en su posición madre</i>	61
1. D. CONCLUSIONES.....	62
CAPÍTULO 2. LA SEXUALIDAD FEMENINA EN EL CAMPO DEL PSICOANÁLISIS. DE FREUD A LACAN	67
INTRODUCCIÓN.....	67
2.A. FREUD Y SUS DISCÍPULOS EN EL DEBATE SOBRE LA SEXUALIDAD FEMENINA...	72
2.A.I. LAS TESIS FREUDIANAS SOBRE LA SEXUALIDAD FEMENINA.....	74
<i>Cuatro textos freudianos fundamentales sobre la sexualidad femenina</i>	74
<i>SOBRE LA PSICOGÉNESIS DE UN CASO DE HOMOSEXUALIDAD FEMENINA (1920)</i>	74
<i>ALGUNAS CONSECUENCIAS PSÍQUICAS DE LA DIFERENCIA SEXUAL ANATÓMICA (1925)</i>	76
<i>LA SEXUALIDAD FEMENINA (1931)</i>	78
<i>LA FEMINIDAD (1932)</i>	81
2.A.II. LAS POSTURAS DE LOS DISCÍPULOS DE FREUD EN LA “QUERRELLA DEL FALO”.....	84
<i>ERNEST JONES: EL DESARROLLO TEMPRANO DE LA SEXUALIDAD FEMENINA</i>	85
<i>KAREN HORNEY. EL ANDROCENTRISMO DE LAS TEORÍAS EN PSICOANÁLISIS Y LAS RAÍCES DEL COMPLEJO DE CASTRACIÓN EN LAS MUJERES</i>	90
<i>JEANNE LAMPL-DE GROOT: LA MUJER COMPLETAMENTE FEMENINA</i>	94
<i>HELENE DEUTSCH. LA PSICOLOGÍA DE LA MUJER</i>	97
<i>JOAN RIVIERE: LA MASCARADA COMO SOLUCIÓN AL PENISNEID</i>	102
2.A.III. A MODO DE CIERRE.....	105
2.B. LA SEXUALIDAD FEMENINA EN LOS DESARROLLOS LACANIANOS.....	107
INTRODUCCIÓN.....	107
2.B.I. EL FALO SIMBÓLICO COMO ORDENADOR DE LA SEXUALIDAD EN LA PRIMERA ENSEÑANZA DE LACAN.....	109
2.B.II. LA SEXUALIDAD FEMENINA A LA ALTURA DEL SEMINARIO X: LA ANGUSTIA.....	115
2.B.III. LAS FÓRMULAS DE LA SEXUACIÓN.....	119
2.B.IV. MATERNIDAD.....	124
2.B.V. HISTERIA Y FEMINIDAD.....	126
2.B.VI. EL PARTENAIRE SÍNTOMA Y EL ESTRAGO.....	127
2.C. CONCLUSIONES.....	128
CAPÍTULO 3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA: EL PROCESO PARA ABORDAR EL OBJETO DE ESTUDIO	131
3.A.I. EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	131
3.A.II. INSTITUCIONES EN LAS QUE SE DESARROLLÓ LA INVESTIGACIÓN.....	132
<i>HOSPITAL ESPECIALIZADO DE LA PLATA, BUENOS AIRES</i>	132

<i>SALA DE SERVICIO DE TOXICOLOGÍA. SAN MIGUEL DE TUCUMÁN.....</i>	134
3.A.III. LAS ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	135
<i>LA PRIMERA ETAPA.....</i>	136
<i>SEGUNDA ETAPA.....</i>	138
<i>TERCERA ETAPA.....</i>	139
3.A.IV. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN LA MUESTRA.....	140
3.A.V. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	141
CAPÍTULO 4. HALLAZGOS.....	143
4 A .I. RELEVAMIENTO DE LAS CONSULTAS RECIBIDAS EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y EL ALCOHOLISMO EN PACIENTES MUJERES.....	143
<i>INTRODUCCIÓN.....</i>	143
<i>PROCEDIMIENTO.....</i>	143
<i>RESULTADOS.....</i>	144
<i>EDAD DE LAS CONSULTANTES.....</i>	145
<i>EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO.....</i>	146
<i>SUSTANCIA POR LA QUE CONSULTAN.....</i>	147
<i>SUSTANCIA DE INICIO.....</i>	148
<i>NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN.....</i>	149
<i>ESTADO CIVIL.....</i>	150
<i>MATERNIDAD.....</i>	151
<i>PATOLOGÍAS ASOCIADAS.....</i>	151
<i>DURACIÓN DEL TRATAMIENTO.....</i>	154
<i>REINGRESOS.....</i>	155
<i>CONCLUSIONES.....</i>	155
4.B.II. CASOS CLÍNICOS.....	158
<i>INTRODUCCIÓN.....</i>	158
1. ALCOHOL Y ESTRAGO MATERNO. MELANIA.....	159
<i>I. INSTALACIÓN DE LA TRANSFERENCIA Y EL LUGAR DEL ALCOHOL COMO MODO DE EVITACIÓN Y RESPUESTA ANTE LA PREGUNTA POR EL DESEO DEL OTRO.....</i>	160
<i>II. LAS OTRAS MADRES.....</i>	163
<i>III. SUEÑOS DE MUERTE, DUELOS DETENIDOS Y LA MASCARADA COMO MODO DE TRATAR LA FALTA.....</i>	164
2. LA MATERNIDAD COMO LÍMITE AL CONSUMO. MALENA.....	168
<i>I. EL INICIO DEL CONSUMO Y LOS IDEALES DE LA ÉPOCA.....</i>	169
<i>II. MATERNIDAD Y SUSPENSIÓN DEL CONSUMO.....</i>	170
<i>III. UNA ESCENA DE SEDUCCIÓN Y LA DIFICULTAD PARA LIMITAR EL ALCOHOL.....</i>	171
<i>IV. LA NOVELA FAMILIAR: PADRES CAÍDOS Y DESILUSIÓN.....</i>	172
<i>CONSIDERACIONES FINALES.....</i>	175

3. EL TÓXICO EN FUNCIÓN DE LA RELACIÓN AL PARTENAIRE. ANABEL.....	176
I. UN LADO INCOMPLETO Y EL PARTENAIRE ANSIOLÍTICO.....	177
II. UN ÓRGANO QUE NO QUERÍA.....	179
III. RELACIÓN CONFLICTIVA CON LA MADRE Y UN GIRO DE POSICIÓN.....	181
CONCLUSIONES.....	182
4. TOXICOMANÍA Y GOCE MAS ALLÁ DEL FALO. ALEJANDRA.....	185
I. EL ENCUENTRO CON LAS DROGAS “UN ANTES Y UN DESPUÉS”.....	186
II. UNA RELACIÓN PARTICULAR CON LA MUERTE (¿FALLA DE LA SIGNIFICACIÓN FÁLICA?).....	188
III. UN GOCE POR FUERA DEL FALO.....	190
IV. EL OTRO NO EXISTE.....	190
V. ABANDONO DEL TRATAMIENTO ¿UN LAZO POSIBLE?.....	191
VI. EL GOCE FEMENINO Y LAS TOXICOMANÍAS.....	192
5. SOLUCIONES ESTABLES O INESTABLES A PARTIR DE LAS VÍAS PRIVILEGIADAS DE LA SEXUALIDAD FEMENINA. LUCÍA CARLA.....	194
I. EL DESBORDE CON EL ALCOHOL.....	195
II. INFANCIA. NIÑA PEGADA A LA MADRE.....	198
III. RECHAZO DEL CUERPO DE MUJER Y EL ACERCAMIENTO AL PADRE.....	200
IV. EL NACIMIENTO DE SU HIJO Y LA CONCILIACIÓN CON EL CUERPO DE MUJER.....	202
V. LA SEPARACIÓN Y EL DESCONTROL DE HOMBRES Y ALCOHOL.....	203
VI. EXILIO DEL RITUAL DEL CONSUMO Y ABANDONO DE TRATAMIENTO.....	206
CONCLUSIONES.....	208
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	220
ANEXOS.....	229

RESUMEN

El objetivo de esta tesis es abordar la problemática del consumo, las toxicomanías y el alcoholismo desde la perspectiva, nociones y variables a partir de las cuales el psicoanálisis de orientación lacaniana ha estudiado la condición femenina. Al tratarse por complejidad y extensión de dos campos de conocimiento, en tanto que lo femenino y las presentaciones por la vía del objeto tóxico tienen cada uno un amplio desarrollo propio; abordaremos primero las nociones de consumo, toxicomanía y alcoholismo, que forman parte también del campo de la salud mental y que se presentan muchas veces problemáticas, para ver luego la forma en que el psicoanálisis de orientación lacaniana ha trabajado estas presentaciones que se enmarcan dentro de los llamados “síntomas actuales”. Mostraremos, además, que en nuestro marco teórico las referencias a lo femenino y su relación con el objeto tóxico son escasas.

“La sexualidad femenina” a diferencia del consumo, las toxicomanías y el alcoholismo, se constituyó desde los orígenes del psicoanálisis como un área de desarrollos, interrogantes y debates. En el capítulo II la analizaremos desde una perspectiva histórica, retomando las discusiones que se suscitaron al interior de la comunidad psicoanalítica en el período que Lacan denominó “Querrela del Falo” para luego dar lugar a las lecturas que el mismo autor presenta sobre ello. Posteriormente, presentaremos en el capítulo III la metodología empleada y, en el capítulo IV, los hallazgos de una investigación realizada con usuarias mujeres del sistema de salud público que demandaron atención por los efectos del consumo problemático de sustancias. Con ellas

llevamos a cabo una investigación de diseño mixta dividida en dos partes. La primera parte, dirigida a caracterizar las demandas de atención recibidas en el lapso de 10 años en un hospital especializado en una muestra compuesta por 748 historias clínicas que reúne la información de todas las mujeres que solicitaron atención desde el año 2004 hasta el año 2010 inclusive. Para la segunda parte de nuestra investigación de carácter teórico clínico, atendimos demandas de tratamiento de 36 pacientes y realizamos 6 entrevistas en profundidad. De esos recorridos seleccionamos 5 casos que expondremos en el capítulo IV y en los cuales nociones como la relación al partenaire, la maternidad, el goce femenino, el estrago materno, la mascarada y los diferentes modos de tratamiento de la falta (para nombrar algunos de los que hemos presentado en el capítulo II serán retomados para la lectura y elaboración del material clínico.

Para concluir diremos que no solo es posible servirse de los aportes psicoanalíticos sobre sexualidad femenina en el trabajo clínico con pacientes que demandan por los efectos del consumo problemático sino que, además, leer el material resultante a la luz de esos desarrollos nos permite el acceso a otros niveles de análisis y, por qué no, a una mayor comprensión del fenómeno. Uno de nuestros hallazgos nos permite afirmar que factores ligados a la maternidad pueden, en la mujer consumidora, tener el efecto de “cura espontánea” y/o de abstinencia prolongada al consumo de sustancias que la hace mantenerse fuera de los servicios asistenciales cuando el deseo de hijo opera. En este sentido, y siguiendo a Lacan, podemos decir que, también frente a la maternidad, habrá que contar a las mujeres una por una, en tanto que cada una se situará allí de manera singular.

INTRODUCCIÓN¹

Esta tesis es el resultado y la formalización de más de diez años de trabajo con pacientes que demandaron atención por las consecuencias de un consumo que se volvió problemático en algún momento de sus vidas. A lo largo de ese trabajo, la escasa presencia de mujeres en las consultas llamó nuestra atención y dio lugar a una serie de preguntas que trataremos de responder con este escrito.

Si bien en nuestro marco teórico de referencia -que es el psicoanálisis orientado por la lectura de la obra de Freud realizada por Lacan, el número no es sinónimo de verdad; los ritmos, la insistencia y hasta las ausencias operan como modos de expresión del funcionamiento psíquico que abren preguntas. Y así como Lacan (1969-1970/ 2010) señalaba en el seminario XVII que al sujeto histérico lo encarna generalmente el lado femenino, parafraseándolo podemos afirmar que en la clínica del consumo problemático, las toxicomanías y el alcoholismo la cuestión se invierte y se nos presentan más “*adictos que adictas*”. Este hecho que las estadísticas corroboran tanto a nivel nacional como internacional de un campo dominado por “lo masculino”, nos llevó a revisar los trabajos publicados sobre el tema que resultaron ser casi inexistentes en nuestro contexto. Del mismo modo, cuando dirigimos la

¹ El presente trabajo reconoce en su forma de escritura tradicional un sesgo de género al utilizar como universal de referencia el sujeto masculino. Reconociendo esta limitación, a los fines temáticos y cognoscitivos del trabajo, se decide mantener el formato no sin antes dar cuenta de este sesgo.

búsqueda a la posible relación entre lo femenino y el tóxico en nuestro marco teórico de referencia nos encontramos con un área de vacancia.

Pero de alguna manera la ausencia de material proveniente del psicoanálisis operó en nuestro caso como una ventaja ya que nos permitió indagar el objeto de estudio sin ideas preconcebidas o hipótesis formuladas a priori, habilitando que éstas aparezcan a medida que avanzábamos en el proceso. Esto provocó una modalidad de trabajo cuyo mecanismo podemos decir fue fiel a uno de los principios del método analítico que propone buscar sin saber a priori qué va a encontrarse.

Fue así como descubrimos que era posible abordar la problemática del consumo, las toxicomanías y el alcoholismo desde la perspectiva, nociones y variables a partir de las cuales el psicoanálisis de orientación lacaniana estudiaba la condición femenina. Al tratarse por complejidad y extensión de dos campos de conocimiento, en tanto que la sexualidad femenina, el consumo, las toxicomanías y el alcoholismo son objetos cada uno y en sí mismo de una gran variedad de disciplinas y enfoques, y tienen también su propio desarrollo en psicoanálisis. La forma en que el psicoanálisis de orientación lacaniana ha trabajado las presentaciones por la vía del consumo, la toxicomanía y el alcoholismo se apoya sobre una serie de tesis “fundamentales” que fueron establecidas por Freud y por Lacan. Éstas han abierto lecturas y orientado la labor clínica a pesar de que ninguno de estos dos autores se dedicó específicamente al estudio de estas presentaciones.

De modo opuesto la sexualidad femenina se ubica desde el inicio como un tema de interés tanto para Freud como para Lacan y llega a ocupar un lugar

destacado e insistente dentro de sus desarrollos. El recorrido que proponemos atraviesa las formulaciones freudianas donde lo femenino es ubicado a partir de la castración. La crítica y la lectura de sus discípulos como veremos lleva por una parte a la reformulación de las tesis freudianas sobre la sexualidad femenina, pero por otro lado abre una discusión que será más tarde retomada por Jacques Lacan cuando exponga su propia lectura sobre dicha cuestión. Los desarrollos lacanianos sobre lo femenino, al igual que ocurrió con Freud, mostrarán cierto dinamismo que lo llevarán desde la revisión de la oposición falo-castración, leída a partir de los tres registros hasta las formulaciones sobre el goce femenino en el marco de lo que se conoce como la última enseñanza de Lacan.

De esta manera, nociones como la relación al partenaire, la maternidad, el goce femenino, el estrago materno, la mascarada y los diferentes modos de tratamiento de la falta, para nombrar algunos, serán retomados para la lectura de los casos que presentaremos y que son el resultado del trabajo con pacientes que se autodefinieron mujeres y que demandaron atención en servicios públicos especializados en el abordaje del consumo problemático de sustancias.

En este punto no queremos dejar de señalar que a las características que toma el psicoanálisis aplicado en instituciones de salud pública (Campodónico, 2016), debe añadirse, en nuestro caso, la particularidad de esta práctica en servicios o instituciones cuya denominación recorta y nomina el goce del que se ocupan (Fernández Raone, 2017). Hablamos de servicios creados para la atención de las presentaciones por las vías del consumo problemático, las toxicomanías y el alcoholismo. Instituciones que se ocupan

de modos de relación con un objeto (el objeto tóxico) que se ha tornado en algún punto problemática. Muchas veces estos servicios funcionan como un “señuelo” bajo el que se captan las más variadas presentaciones, lo que obedece a una cuestión central, y que es que el consumo, las toxicomanías y el alcoholismo al igual que todos los denominados “síntomas o presentaciones actuales” no constituyen para el psicoanálisis una estructura o categoría clínica sino que se trata de fenómenos transestructurales.

Por otra parte, nos permitimos afirmar que los temas involucrados en esta tesis se encuentran en el centro de los debates de nuestra época. Época caracterizada por el avance de lo femenino y que atañen a su vez a la salud pública, en tanto que el consumo, las toxicomanías y el alcoholismo forman parte de este campo. Desde ambos puntos se torna para nosotros valioso y, como pretendemos mostrar a lo largo de esta tesis, poder incorporar en el tratamiento estos aspectos nos permitió realizar no solo una nueva lectura de los casos, sino que aportó mayor claridad en torno al lugar que el objeto tóxico tenía en las consultantes, tanto como sus vicisitudes. Asimismo, permitió establecer nuevas hipótesis y repensar la evolución.

Nuestro objetivo, entonces, es mostrar no solo que es posible servirse de los aportes psicoanalíticos sobre sexualidad femenina en el trabajo clínico con pacientes que demandan por los efectos del consumo problemático sino que además, leer el material resultante a la luz de esos desarrollos nos permite el acceso a otros niveles de análisis y, por qué no, a una mayor comprensión del fenómeno. Mencionaremos a modo de ejemplo uno de nuestros descubrimientos: se trata del hecho de que factores ligados a la maternidad pueden, en la mujer consumidora, tener el efecto de “cura espontánea” y/o de

abstinencia prolongada al consumo de sustancias psicoactivas que la hace mantenerse fuera de los servicios asistenciales.

El objetivo general de esta tesis es contribuir al conocimiento sobre la relación entre la sexualidad femenina, el consumo, la toxicomanía y el alcoholismo como área de vacancia. Presentaremos para ello la elaboración de los resultados de una investigación compuesta por dos estudios. Uno de carácter exploratorio-descriptivo y otro teórico clínico que analiza de manera detallada y busca profundizar ciertos aspectos que aparecieron en el primer estudio y que requerían de mayor claridad. En esta experiencia clínica, indagamos de modo específico en cada caso el lugar del objeto *droga* y cómo operaron allí ciertos aspectos de lo femenino.

Como parte de los objetivos específicos nos proponemos:

- Caracterizar la consulta por consumo problemático en la población femenina en una institución pública de la provincia de Buenos Aires a partir del análisis de 748 historias clínicas, que reunían la información de todas las mujeres que solicitaron atención desde el año 2004 hasta el año 2013 inclusive
- Indagar la especificidad de la presentación, las coyunturas de inicio, los episodios agudos de consumo, la posición subjetiva, sus modificaciones, los arreglos, desarreglos y cómo ciertas soluciones se hallan íntimamente relacionadas a aspectos de la condición femenina, como la relación al partenaire, el estrago materno, la maternidad. A partir del trabajo llevado a cabo con 42 pacientes que demandaron atención por las consecuencias del consumo, las toxicomanías o el alcoholismo.

- Explorar en la misma casuística la estabilidad e inestabilidad de las soluciones halladas al consumo, la toxicomanía y el alcoholismo y la relación de estas soluciones con las vías privilegiadas de la sexualidad femenina.
- Determinar si es posible una clínica que tenga como referencia los aportes que la comunidad psicoanalítica ha desarrollado sobre sexualidad femenina.

Hipótesis principal

Es posible estudiar las presentaciones por la vía del tóxico desde las nociones y variables a partir de las cuales el psicoanálisis de orientación lacaniana estudia la condición femenina.

Organización de la tesis

Los capítulos I y II de nuestra exposición estarán destinados a desarrollar el marco teórico y los antecedentes. En ellos delimitaremos los conceptos con los que vamos a trabajar, su lectura y evolución. Presentaremos además la mirada que sobre el problema de investigación tienen otros saberes y disciplinas para abrir canales de diálogo. Revisaremos en capítulos específicos las conceptualizaciones más salientes sobre sexualidad femenina, consumo problemático, toxicomanía y alcoholismo que se produjeron al interior del psicoanálisis, tomando como referencia tanto los desarrollos freudianos, como los post freudianos. Siendo éstos necesarios para comprender la lectura

lacaniana y los aportes del psicoanálisis contemporáneo que se orientan por ella.

Posteriormente, el tercer capítulo estará dedicado a explicitar la estrategia metodológica, en la que detallaremos los procedimientos realizados en la investigación sobre la que se sostiene esta tesis y describiremos la metodología, la casuística, las instituciones en las que se llevó a cabo el trabajo de campo y los cuidados para el cumplimiento de las normas éticas.

El capítulo IV que hemos denominado “hallazgos” se dividirá en dos apartados. El primero de ellos contiene los resultados del relevamiento del archivo escrito constituido por 745 historias clínicas pertenecientes a mujeres consultantes de un hospital público especializado en la atención a las adicciones durante un lapso de 10 años. El objetivo de ese trabajo fue caracterizar a la población femenina que demandó atención por los efectos del consumo en una institución de la provincia de Buenos Aires. El segundo apartado contendrá una serie de casos que hemos seleccionado y que son el resultado del recorrido terapéutico llevado a cabo con pacientes que demandaron tratamiento entre marzo del año 2015, hasta marzo del año 2018. En ese lapso llevamos a cabo tratamientos y entrevistas con 42 mujeres que demandaron atención, 36 de ellas consultaron en un hospital especializado de la ciudad de La Plata y 6 pacientes que se encontraban alojadas en la sala de desintoxicación de un hospital general en San Miguel de Tucumán.

En los casos seleccionados se destacaron los siguientes aspectos:

- El lugar del partenaire y el recurso a las sustancias

- Estrago materno.
- Soluciones fallidas/ otras soluciones
- Maternidad como límite al consumo.
- Goce más allá del falo y toxicomanías.

Para finalizar expondremos nuestras conclusiones. Allí se destaca que: factores ligados a la maternidad pueden en la mujer consumidora tener el efecto de “cura espontánea” y de posterior abstinencia prolongada al consumo de sustancias psicoactivas. Junto a esto, el hecho de que en las mujeres se hallan frecuentemente otras patologías graves, sufridas previamente a la consulta por los efectos del consumo problemático, la toxicomanía o el alcoholismo, como bulimia, anorexia o intentos de suicidio, entre otros. Corroboramos, por otro lado, que el uso y la función de la droga no se vinculan en todos los casos con la influencia ejercida por las relaciones con el otro sexo, sino que aparece con cierta autonomía respecto de ellas y que algunas de las vías privilegiadas de la sexualidad femenina pueden posibilitar soluciones en los trayectos de vida de las mujeres consumidoras que les permiten suspender el consumo de sustancias por tiempos más o menos prolongados.

CAPÍTULO 1. SEXUALIDAD FEMENINA Y RECURSO AL TÓXICO

1. A. CONSUMO, TOXICOMANIAS Y ALCOHOLISMO EN EL CAMPO DEL PSICOANÁLISIS

1.a.I. Los “nuevos síntomas” o “síntomas actuales”

En el psicoanálisis que se orienta por la lectura de Freud y Lacan, las presentaciones del malestar por la vía del consumo desregulado o problemático se encuadran dentro de lo que suele denominarse como “nuevos síntomas” o “síntomas actuales”. Bajo esas nominaciones se agrupan una serie de presentaciones relativamente novedosas y tan disímiles entre sí como bulimia, anorexia, depresión, los ataques de pánico, las autolesiones, las toxicomanías y el alcoholismo (Naparstek, 2005; Fernández Raone, 2017; Recalcati, 2005).

Resulta imposible no advertir en los sintagmas que componen esa nominación la referencia a la temporalidad que marcan los adjetivos “nuevo” y “actual”, pero ¿qué sería lo “nuevo” o “lo actual” si tanto Freud, sus discípulos y el propio Lacan le dedicaron algunas líneas a la anorexia, la toxicomanía y el alcoholismo? Tal vez lo novedoso no radique en cada uno de esos cuadros, sino en la extensión y la multiplicación de consultas que hoy recibimos por estas formas del malestar, cuya demanda de atención se da tanto en servicios

de atención pública, como en los consultorios privados² y que llegan a adquirir un carácter epidémico (Fernández Raone, 2017). Las patologías del consumo por su parte han llegado a ocupar un importante lugar en la agenda política nacional e internacional, desde que se ubicaron a partir de la mitad del siglo pasado (Escohotado, 2008) como un problema que concierne a la salud pública y actualmente como parte de la salud mental³ en particular.

Ahora bien, estos nuevos síntomas, tan disímiles entre sí, tienen además en común el no enmarcarse de entrada en la clínica que tanto Freud como Lacan desarrollaron, que es la clínica de las neurosis, de la histeria y más tarde de la psicosis. Se trata de presentaciones que generalmente son refractarias al dispositivo psicoanalítico, en tanto que cuesta “hacer hablar”, condición necesaria para el desciframiento y la operación analítica. En este sentido, conllevan muchas veces -como veremos en los apartados que siguen- una serie de dificultades *extra* en la puesta a punto del dispositivo analítico. Cabe aclarar que el psicoanálisis que se orienta por la lectura de Freud y Lacan, no hará de ellos una categoría clínica, sino que indagará la función que ese síntoma tiene en cada sujeto particular

Ahora bien, cuando nos detenemos en las presentaciones sintomáticas por la vía del consumo de sustancias advertimos desde el principio que nos encontramos frente a un objeto de investigación complejo, con múltiples aristas y que debe abordarse en función de esa misma complejidad con la ayuda de múltiples saberes. En razón de esto, tanto la biología como la sociología, la antropología, la filosofía, la historia, la psicología, la medicina y el derecho,

² En el marco del llamado “consumo generalizado” (Naparstek, 2014, pp. 150).

³ La nueva ley de salud mental ubica a las adicciones como un problema de salud mental corriéndose de la mirada punitiva que sobre estas presentaciones primaba hasta hace no mucho tiempo (Bolpe, 2018).

ofrecerán su propia mirada del tema (Le Poulichet, 1996; Mazzuca y Loutereau 2016; Naparstek, 2005) y tal vez como consecuencia de esta pluralidad de voces es que nos encontramos con un campo que nos ofrece además de una amplia variedad de terapéuticas, una variada gama de definiciones. Así, el campo de la salud mental excede al psicoanálisis que forma parte de él, pero no lo agota.

Por todo esto a lo largo de este apartado exploraremos las diversas nociones coexistentes que recorreremos para luego detenernos en aquellas propias de nuestro marco teórico de referencia, sus sentidos y las implicancias de su abordaje.

1.a.II. Las nominaciones del uso/abuso de tóxicos

Naparstek (2005) señala que la historia de la relación entre los hombres y las sustancias psicoactivas⁴ es mucho más extensa que la historia de las categorías que abordaremos.

⁴ Podemos hallar registros del uso de drogas y alcohol en la mayoría de las culturas y periodos de la humanidad. Las variaciones históricas y a nivel geográfico han sido exploradas en detalle por el jurista, filósofo y sociólogo español Antonio Escotado. El autor establece en su "Historia general de las drogas" (2008) una distinción en cuatro periodos: I) La era pagana (Grecia); II) Los monoteísmos universales; III) el pasaje del estado teocrático al liberalismo; y por último, IV) lo que el autor llama la cruzada o creación de una conciencia sobre el problema en el siglo XX.

Como punto de partida diremos que se denomina sustancia psicoactiva⁵ a cualquier sustancia química que, al introducirse en el organismo y pasar al torrente sanguíneo, ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos en sus funciones. Estas sustancias pueden ser capaces de inhibir el dolor, modificar el estado de ánimo y /o alterar las percepciones. Se caracterizan también por poseer una cualidad, cuyo término nos llega de la antigüedad y que es la cualidad del *pharmakon*:

“De la antigüedad nos llega un concepto- ejemplarmente expuesto- por el término *pharmakon*- que indica remedio y veneno. No una cosa o la otra, sino las dos inseparables. Cura y amenaza se solicitan recíprocamente en este orden de cosas. Unos fármacos serán más tóxicos y otros menos, pero ninguno será sustancia inocua o mera ponzoña. Por su parte, la toxicidad es algo expresable matemáticamente, como margen terapéutico o proporción entre dosis activa y dosis mortífera o incapacitante. La frontera entre el perjuicio y el beneficio no existe en la droga, sino en su uso por parte del viviente.” (Escohotado, 2008, p. 20).

Esta cualidad del *pharmakon* nos resulta útil ya que señala que no se trata solamente del mero uso de una sustancia con propiedades psicoactivas, sino también de los efectos que las sustancias pueden generar en un sujeto por la vía del exceso.

Como señalamos anteriormente al tratarse de un campo que por su complejidad excede al psicoanálisis y que es abordado por múltiples

⁵ En cuanto al concepto de sustancias psicoactivas, tanto por su amplitud, como por la implicación que en ellas tienen cuestiones socioculturales, acordamos con la distinción de sustancias que Pons Diez (2008) toma de Berjano y Musitu (1987) una distinción entre: a) sustancias institucionalizadas: se trata de aquellas sustancias legales y controladas tanto en su producción, distribución, publicidad y consumo. Que reciben valoraciones en su mayoría acríicas del medio social. En este grupo entrarían por ejemplo el alcohol y el tabaco. b) Sustancias no institucionalizadas: se trata de sustancias calificadas como ilegales, tanto en la producción, como en la distribución el consumo y la publicidad y que reciben mayoritariamente valoraciones críticas y negativas en el medio social. A modo de ejemplo mencionaremos la cocaína o la marihuana. c) Sustancias institucionalizadas con posibilidades de uso “desviado”: se trata de sustancias que han sido desarrolladas para uso médico y que pueden ser desviadas del que fuera su propósito original y consumidas sin control para fines no médicos.

disciplinas, saberes y discursos, pasaremos ahora a recorrer algunas de las definiciones que desde el campo de la salud se nos ofrecen:

La Organización Mundial de la Salud define las adicciones a las drogas o al alcohol de la siguiente manera:

“El consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio” (OMS, 1994, p. 13).

Este organismo internacional durante la década del 60 del siglo pasado, recomendó la supresión del término adicción en favor de otro que es el de dependencia, estableciendo además sus grados de severidad. La noción de dependencia introducida en 1964 por un comité de expertos de la OMS, sustituyó tanto a los términos de adicción como al de habituación y puede usarse para referirse a todas las sustancias psicoactivas o referirse a una droga o una clase de drogas concretas (por ejemplo, dependencia a la cocaína) existiendo, obviamente, diferencias en los síntomas característicos de la dependencia para cada sustancia particular. Por otra parte, la dependencia que implica la necesidad de consumir dosis repetidas para no sentirse mal hace referencia tanto a elementos físicos como psicológicos. La dependencia psicológica o psíquica implica la pérdida del control sobre la sustancia, mientras que la dependencia física o fisiológica se refiere a la tolerancia o los síntomas de abstinencia (OMS, 1994). Como dijimos, la OMS contempla

grados de variación o severidad en torno al consumo de sustancias psicoactivas, estableciendo diferentes términos para nominar los diversos usos que una persona puede hacer de una determinada sustancia. Estos van desde el consumo social, experimental, moderado, excesivo hasta el problemático.

Siguiendo esa línea el mismo organismo define al consumo perjudicial o problemático de sustancias como:

“Un patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej., hepatitis por inyección de drogas) o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol). El consumo perjudicial comporta a menudo, aunque no siempre consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial. El término se introdujo en la CIE-10 y sustituyó a “consumo no dependiente” como término diagnóstico” (OMS, 1994, p. 27).

1.a.III. Los trastornos por consumo de sustancias en el DSM IV

El manual diagnóstico psiquiátrico DSM IV ubica entre sus categorías al *trastorno por consumo de sustancias*. Partiendo de este trastorno establece diferentes categorizaciones en función del tipo de sustancia consumida. En el manual los trastornos relacionados con las sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y los trastornos inducidos por sustancias. Entre estos últimos se cuentan: intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por

sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias.

Dentro del grupo de los trastornos por consumo de sustancia, al respecto del diagnóstico clínico *dependencia*, el DSM IV establece la necesidad de cumplir con 3 o más de los 7 ítems que señala para su diagnóstico, los que además deben aparecer en algún momento durante un periodo de 12 meses. Estos son: 1) tolerancia; 2) abstinencia; 3) la sustancia es tomada en cantidades mayores o durante un periodo más largo que lo que inicialmente se pretendía; 4) un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia; 5) el empleo de mucho tiempo en las actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia; 6) una reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia; y 7) la continuación del consumo de la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos.

En cuanto al diagnóstico de *abuso de sustancias* el DSM establece que para realizarlo deben presentarse uno o más de los 5 siguientes ítems durante un periodo de 12 meses:

“1) Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o casa; 2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en la que hacerlo es físicamente peligroso; 3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia; 4) consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. Además, los síntomas no deben haber cumplido los criterios requeridos para el diagnóstico de dependencia de sustancias” (DSM IV, 1995, p. 188)

Hemos revisado las nociones de adicción, dependencia, consumo perjudicial de sustancias y las categorías diagnósticas psiquiátricas del DSM IV. Pasemos ahora a ubicar las nociones o categorías que nos encontramos en el marco del psicoanálisis.

1.a.IV. Consumo problemático, toxicomanía y alcoholismo en psicoanálisis

En la introducción de este capítulo señalamos que ni Freud ni Lacan se habían dedicado de manera específica o puntual al estudio del consumo, las toxicomanías o el alcoholismo. O para decirlo en otras palabras, no hallaremos libros, seminarios, artículos o escritos enteros en los que estos autores se hayan dedicado puntualmente al tema (Laurent, 2014; Le Poulichet, 1996; Mazzuca y Lutereau, 2016; Naparstek, 2005). No obstante, es posible retomar una serie de indicaciones que ambos autores han dejado establecidas y ubicar también un acuerdo de sentido entre ambas posturas que se refleja en la práctica clínica de orientación psicoanalítica en el abordaje de estas presentaciones del malestar.

Las referencias Freudianas⁶

Comenzaremos por señalar que en el texto “La represión” del año 1915, Freud intentando delimitar por qué una moción pulsión sucumbiría a la represión, ubica una serie de situaciones en las que el placer que supone una satisfacción pulsional puede transformarse en displacer. En ese sentido presenta a modo de ejemplo el efecto de un estímulo exterior que llega a hacerse interior corroyendo e incluso llegando a destruir un órgano, lo que

⁶ Las referencias Freudianas no se presentarán en orden cronológico.

constituye “una nueva fuente de excitación continuada y de incremento de tensión” (Freud, 1915/1992, p. 141). Pero para este estímulo, que llamará pseudo-pulsión, su fin será la supresión de la modificación orgánica y el displacer o dolor a ella enlazado. En referencia a este dolor, Freud afirmará que “puede ser vencido exclusivamente por la acción de una droga o la influencia de una distracción psíquica” (Freud, 1915/1992 p.141). En esta referencia centrada en el aspecto económico pulsional, una droga, dice Freud, puede ser usada para cancelar una tensión interna creciente que se torna insoportable.

Retomando esa dirección, Mazzuca y Lutereau (2016) ubican al igual que Le Poulichet (1996) a la toxicomanía en “la clínica de las afecciones narcisistas” y definiendo a estas presentaciones como “una de las respuestas maníacas que el sujeto tiene a su alcance”. La hipótesis de los autores en torno a la función que tendrían las toxicomanías en un sujeto aquejado por ellas podría resumirse en la siguiente frase: “esa función que Freud adjudica a las toxicomanías, que es la de una defensa contra un goce doloroso o angustiante” (p. 73), afirmación que como vimos se sirvió de la referencia freudiana que citamos en el párrafo anterior.

Otra cita Freudiana muy frecuente es la que encontramos en el texto “El malestar en la cultura” del año 1929 (Naparstek, 2005; Fernández Raone, 2017; Le Poulichet, 1996). Allí Freud indagando los costos que tiene para el sujeto la vida en la civilización dice:

“la vida tal como nos es impuesta resulta gravosa, nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles, para soportar y no podemos prescindir de

calmantes (...) Los hay quizá de tres clases: poderosas distracciones que nos hagan valuar en poco nuestra miseria, satisfacciones sustitutivas que la reduzcan y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ella. Algo de este tipo es indispensable” (Freud, 1930/1992, p. 75)

En relación a estas llamadas sustancias embriagadoras, más adelante agrega:

“No solo se le debe (a la sustancia embriagadora) la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior bien se sabe que con ayuda del quita-penas es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en el mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación” (Freud, 1930/1992 p. 78).

De alguna manera el sentido continúa siendo similar al de la referencia anteriormente citada, en tanto que se trata de volver soportable lo doloroso pero por la vía de un objeto con cualidades tóxicas.

Otra famosa referencia freudiana es la que nos presenta en su caracterización de la relación que el alcoholista establece con la bebida, y que denomina “matrimonio dichoso” por la fijación que Freud advierte que se da entre el hombre y la bebida que elige para embriagarse. El alcohólico, señala Freud en relación al vínculo de exclusividad que establece con su bebida, no se cansa ni quiere cambiarla por otra. La bebida resulta entonces una fuente de satisfacción, cuya fijación se aparece como opuesta a la metonimia que implica la posible relación a un partenaire. Relación marcada por un imposible en tanto que, como señala Lacan, no hay tal armonía en las relaciones entre los sexos ⁷

⁷ Para sostener esta afirmación partimos del axioma lacaniano “no hay relación sexual”, en tanto que en ese terreno hay una marca de imposible estructural.

La lectura freudiana del tema suma a la toxicidad y la supresión del dolor la cualidad peculiar del vínculo de fijación exclusiva que el sujeto establece con la bebida elegida. Pero encontramos además una temprana referencia en la obra freudiana anterior a las que revisamos y que se encuentra en el texto “Los orígenes del psicoanálisis”- precisamente en la carta 79 fechada el 22/12/1897- en donde Freud formula lo siguiente:

“Se me ha ocurrido que la masturbación es el primero y único de los grandes hábitos la <<protomanía>>, y que todas las demás adicciones, como la del alcohol, la morfina, el tabaco, etc. Solo aparecen en la vida como sustitutos y reemplazantes de aquella.” (Freud, 1897/1973 p. 3594)

Naparstek (2005) sostiene que, de todas las referencias freudianas, se halla en esta cita la tesis más fuerte de Freud en torno a las adicciones, en la que define a la masturbación como la adicción primordial y considera a todas las demás secundarias o meros sustitutos de “un puro autoerotismo sin sentido alguno, sin que esté aún articulado a la fantasía o a la palabra” (Naparstek, 2005, p. 37) y que opera en una vía diferente a la formación del síntoma. A diferencia de las otras referencias, en ésta Freud señala la etiología sexual del síntoma. Perspectiva que, como sabemos, orientará toda la obra freudiana.

Las referencias lacanianas

Hallamos un temprano señalamiento en el texto “La familia” del año 1938 en donde Lacan ubica a la toxicomanía como un posible efecto del destete traumático. Allí sostiene:

“En realidad y, a través de alguna de las contingencias operatorias que comporta, el destete es a menudo un trauma psíquico cuyos efectos individuales, anorexias llamadas mentales, toxicomanías por vía oral, neurosis gástricas, revelan sus causas al psicoanálisis” (Lacan, 1938/2003, p. 32).

Este sentido no volverá a ser retomado. Años más tarde hallaremos una segunda referencia, mucho más extendida y que algunos autores denominan como la “indicación mayor” (Laurent 2014); o “la tesis lacaniana sobre las drogas” (Naparstek, 2005); “referencia fundamental” (Fernández Raone, 2016) y que es aquella que formula en el año 1975 en Caracas en ocasión de cierre de unas jornadas de carteles donde afirma que:

“de donde resulta el éxito de la droga, por ejemplo; no hay ninguna otra definición de la droga que ésta: es lo que permite romper el casamiento con la cosita de hacer pipí” (Lacan, 1976/2016)⁸.

Naparstek (2005) sostiene que la apreciación freudiana del origen de las adicciones sobre la base de la adicción primordial masturbatoria que revisamos en el apartado anterior, es retomada aquí por Lacan para dar razón del éxito que las drogas empezaban a tener en la sociedad que le era contemporánea, subrayando esa posibilidad de ruptura con el goce fálico que ciertas sustancias posibilitan. Es justamente este acceso al más allá del goce fálico lo que conlleva la posibilidad de romper con el pene investido fálicamente y en la que aparece también una potencialidad de desaparición subjetiva que también es característica del efecto de algunas sustancias. Desaparición que puede ser momentánea o en algunos casos permanente, como sucede en las muertes por sobredosis.

⁸ En el mismo año Lacan se encontraba dictando el seminario *Le Sinthome*.

Retomando este sentido Miller señala:

“El criterio lacaniano del goce toxicómano es que este resulta verdaderamente patológico cuando se lo prefiere al pequeño hace pipi. Lejos de ser un ayudante a la relación sexual se lo antepone a esta. Este goce puede poseer tal valor para el sujeto que se lo prefiere a todo y que para obtenerlo se llega incluso al crimen” (Miller, 2006 p. 375).

La lectura de Miller nos permite pensar la línea divisoria entre el mero uso o consumo de sustancias, de lo que sería *una verdadera toxicomanía*. En “El criterio lacaniano” (2006) sostiene que es en la presentación en la que debiera operar una ruptura con el falo a instancias del objeto tóxico, dando por resultado *un por fuera de la regulación fálica*.

Eric Laurent (2014) logra extraer de esta tesis lacaniana “de ruptura” con el goce fálico tres consecuencias u observaciones. La primera es la ruptura con el Nombre del Padre operando por fuera de la psicosis y la existencia de casos de psicóticos que consumen donde no se verifica que la droga venga al lugar de romper con el falo, del romper con el Otro; sino, por el contrario, modos de enlazarse o restituir al Otro (Naparstek, 2009). La segunda consecuencia que extrae Laurent es la de una ruptura con las particularidades del fantasma: “Ruptura con aquello que el fantasma supone objeto de goce en tanto que incluye la castración” (Laurent, 2014, p. 23). Por último, el autor señala que puede tratarse a la toxicomanía como el surgimiento en nuestro mundo de un goce uno, en tanto que no es sexual.

El término francés *Toxicomanie* (OMS, 1994) es una categoría que nos llega de la clínica psiquiátrica “de otra época, la de las monomanías de Esquirol” (Laurent, 2014, p. 22). Esta noción que era desconocida hasta hace

un siglo “se instala como patología, como manía no hace más de 100 años” (Napartskek, 2014, p. 149)⁹ Se trata de una expresión en la que se acentúa el costado maníaco del recurso al tóxico. Recordemos que el término “manía” fue vinculado por Lacan al rechazo del inconsciente, posición que no pocas veces hallamos en sujetos aquejados por estas afecciones (Fernández Raone, 2017).

Escohotado (2008), por su parte, ubica el momento histórico en el que se configura esta categoría junto a lo que llama el surgimiento del estereotipo del *toxicómano*, figura que el autor liga al denominado paradigma prohibicionista. En su surgimiento operaron discursos científicos, morales, jurídicos y sociales para la construcción de estas categorías (Le Poulichet, 1996; Escohotado, 2008). El término en la clínica orientada por la enseñanza de Lacan es solidario al concepto de *pharmakon* que definimos al inicio de este capítulo. No es un síntoma en el sentido freudiano, ni una formación de compromiso (Laurent, 2014). Le Poulichet (1996) con precisión advierte que se trata de una noción problemática en el campo del psicoanálisis, fundamentalmente por la amplificación de los estereotipos que trae aparejados y que no abordaremos en esta tesis, pero que han sido trabajados con exhaustividad por autores como Valeria Manzano (2014), entre otros¹⁰.

En este sentido autores como Laurent (2014) y Le Poulichet (1996) han señalado además una cierta inconsistencia en esta categoría. Nosotros coincidimos con ellos al afirmar que, para un psicoanalista, no hay nada más diferente que un toxicómano y otro (Mezênzio, 2014).

⁹ La traducción es nuestra

¹⁰ Valeria Manzano (2014) en “Política, cultura y “el problema de las drogas” en Argentina 1960-1980s, ha trabajado sobre la configuración de la figura del toxicómano en la Argentina.

Por su parte la categoría de alcoholismo, en la que todavía no nos hemos detenido tendrá, también en el campo del psicoanálisis su particularidad. Ya hemos mencionado la fijeza que Freud señaló como rasgo característico de la relación del alcohólico con su bebida (Le Poulichet, 1996); (Naparstek, 2014), estableciendo una diferencia entre el uso de sustancias tóxicas, el alcoholismo y las toxicomanías. Le Poulichet (1996) divide las aguas a partir de lo que llama la “operación del *farmakon*”¹¹.

A lo largo de esta tesis nos serviremos de las nociones de consumo problemático de sustancias, toxicomanías y alcoholismo. La elección de estos significantes es un intento de nominar algunas de las diversas formas en las que se presentaron los pacientes que demandaron atención en los centros públicos especializados en los que llevamos a cabo la investigación sobre la que versa este escrito y que constituyeron nuestra muestra. Estas categorizaciones, como tantas otras conllevan la pretensión de algún modo de generalización, pero sin perder de vista que ante todo la clínica psicoanalítica es una clínica del caso por caso. En este sentido la operación analítica consistirá en ubicar la función que el objeto tóxico tenga en un sujeto particular en tanto que, parafraseando a Le Poulichet (1996) y Mezêncio (2014) no hay “consumidor”, “toxicómano” o “alcohólico” igual a otro.

Dejando asentado esto como punto de partida, a lo largo de este trabajo haremos uso de las categorías consumo problemático de sustancias, que ya fue definido previamente. Cuando la sustancia psicoactiva en cuestión sea el

¹¹ En la operación del *pharmakon* la autora ubica la especificidad del acto que crea una toxicomanía y señala que lo propio de esta operación consistirá en “establecer las condiciones de una percepción y de una satisfacción alucinatorias, así como producir una cancelación tóxica del dolor” (Le Poulichet, 1996, p. 69). En esta operación es el remedio a un sufrimiento intolerable, la fijación de lo indecible en una operación es un segundo tiempo. (Le Poulichet, 1996).

alcohol utilizaremos la noción de alcoholismo y reservaremos el concepto de toxicomanías para aquellas presentaciones que se ajusten a lo que Miller (2006) denomina:

“El criterio lacaniano del goce toxicómano es que éste resulta verdaderamente patológico cuando se lo prefiere al pequeño hace pipi. Lejos de ser un ayudante a la relación sexual se lo antepone a esta. Este goce puede poseer tal valor para el sujeto que se lo prefiere a todo y que para obtenerlo se llega incluso al crimen” (p. 375).

Aclarado esto, pasemos a explorar algunas de las características de la clínica psicoanalítica con pacientes que demandan atención por consumo problemático, toxicomanías o alcoholismo.

1.a. V. La clínica psicoanalítica con pacientes que demandan atención por consumo, toxicomanía y alcoholismo.

Las indicaciones o “tesis” fuertes que Freud y Lacan dejaron y que fueron señaladas en el apartado anterior, no se acompañan de precisiones sobre el proceder en la práctica clínica. No obstante, han servido de orientación a la hora del trabajo con pacientes cuyo malestar se relaciona con el consumo problemático, las toxicomanías o el alcoholismo. Sin embargo, coincidimos con Naparstek (2005), Le Poulichet (1996) y Santiago (1993) entre otros, cuando afirman que el psicoanálisis tiene algo para aportar en esta clínica.

En la revisión de la literatura especializada en el marco del psicoanálisis orientado por la lectura de Freud y Lacan hallamos, en primer lugar, un acuerdo de sentido en torno a las referencias freudianas y lacanianas llamadas fundamentales que generan una práctica que da por resultado lo siguiente. En

primer lugar, abordar la cuestión por el lado del sujeto y no del objeto (droga, alcohol, pastilla) es decir fuera del discurso jurídico, médico o educativo. Deshaciendo las identificaciones masificantes “que sirven al sujeto como justificación del uso del tóxico o como afirmación de su lugar de toxicómano “(Fernández Raone, 2017, p. 94). También señalada por Silliti (1993), o de esa “*identificación bruta* (Fernández Raone, 2017, p. 94) en la que el ser se define por la vía del objeto tóxico.

Ya en segundo lugar, orientarse por la dimensión de sufrimiento del paciente, que muchas veces no es el efecto de una sustancia determinada, intentando despejar la función que ese objeto cumple en cada sujeto particular, dimensión que nos abre la posibilidad de interrogar los posibles destinos del tóxico en cada caso. Le Poulichet (1996) señala que el analista al encontrarse con pacientes toxicómanos se encuentra también con “la esencial negatividad de su acto y el límite de su práctica” (p. 3), en tanto que la “situación psicoanalítica” parece subvertida en el caso de muchos de estos pacientes. Y sostiene: “me parece que el analista nunca es invitado a encontrarse con la esencial negatividad de su acto, como allí se ve llevado sobre el límite de su práctica” (Le Poulichet, 1996, p.16)

En la misma dirección, Pablo Sauce (2016) habla del *impasse* que estas presentaciones provocan en la operación analítica. Presentaciones donde la fijación del goce obtenido a partir del uso de alguna sustancia presenta un carácter asintomático (Fernández Raone, 2017) o modo de respuesta que hace cortocircuito con la palabra (Botto, 1993) y que no siempre es posible hacer pasar por el Otro.

Acordamos con Le Poulichet (1996) cuando subraya la importancia de poner en juego el deseo del analista a la hora del abordaje de pacientes toxicómanos, nosotros la haremos extensiva también a los casos que pueden denominarse bajo el sintagma de consumo problemático de sustancias o de alcoholismo.

Es la misma autora también la que nos advierte sobre la indicación de un tratamiento psicoanalítico para estos pacientes en tanto que:

“no puede, a mi juicio, terminar tratada por referencia a generalidades sobre la toxicomanía. Y la manera en la que las autoridades abordan este problema general, me parece un malentendido, porque las nociones mismas de indicación o de contraindicación del análisis se inspiran en un modelo médico. Iniciar una cura psicoanalítica es en definitiva dar un paso asaz singular, que obedece más bien a una elección que a una indicación” (Le Poulichet, 1996 p. 154).

Esta elección muchas veces se presenta como un punto de llegada, al momento en que ha operado lo que podría denominarse *un trueque de goce*, en el que el sujeto pudo hallar en la palabra dirigida a otro, algo que hallaba en el recurso a la sustancia.

Santiago (1993) habla de un primer tiempo de la cura en la experiencia clínica con estos pacientes con quienes el desafío mayor es la posibilidad de abrir una brecha en la repetición del acto toxicómano, para dar lugar a algo más.

“Por lo menos en un primer tiempo de la cura, no se trata de alguien que presente los equívocos del pensar, los equívocos entre la palabra y el lenguaje, fuente misma de toda construcción posterior del síntoma. La importancia del acto en la clínica analítica del toxicómano significa que, en

la sustracción de los equívocos de la palabra, el sujeto se priva de lo que hace la prueba esencial de su indeterminación subjetiva, para ejercer su voluntad de hacer el impasse sobre el Otro” (p. 138).

En este proceso resulta imprescindible ubicar las coyunturas de desencadenamiento, discriminadas luego a partir de un diagnóstico estructural del tipo clínico. Las coyunturas en las que se inició el consumo o aquellos momentos en los que el paciente perdió la capacidad de suspender el uso presentándose algo del orden de la repetición, permite ubicar la cuestión que muchas veces está en el centro del por qué o el para qué de este tipo de respuestas. Por eso indagar todo aquello que antecede a su advenimiento (Le Poulichet, 1996) resulta fundamental.

Por otro lado, al tratarse de presentaciones transestructurales en aquellas estructuras donde no opera el significante del nombre del padre, muchas veces nos encontramos con pacientes que no se avienen a la definición con la que trabajaremos de toxicomanía o la de consumo problemático y en quienes no pocas veces el recurso a una sustancia determinada responderá a la necesidad de acallar fenómenos del retorno en lo real que lo invaden y hasta funcionar a modo prótesis que estabiliza ante un posible desencadenamiento. En aquellas estructuras donde opera el nombre del padre, nos encontramos también con las múltiples funciones que puede cumplir el objeto tóxico, desde servir como marco dentro del cual organiza su relación con los objetos a través de las identificaciones (Le Poulichet, 1996), como respuestas salvajes por la vía del acting frente al enigma del deseo del Otro, o de ruptura con el goce fálico como señala la referencia lacaniana.

La autora De Faria (2014), corriendo de la clínica estructural clásica a la que remite la distinción que establecimos en función de la operatoria o no del significante del nombre del padre, nos advierte sobre el uso de sustancias asociado a casos de la llamada “psicosis ordinaria”¹².

“Siguiendo la orientación en el segundo momento de la enseñanza de Lacan, cada vez más nos encontramos con el uso de drogas asociado a casos de psicosis ordinaria, la cual permanece no explícita para aquellos que conviven con el sujeto que es considerado “normal”, si bien tiene algunas extrañezas de comportamiento, como embriagarse, cortarse, aburrirse, aspirar cocaína, que le aportan algo de una “extrañeza”. Muchas veces el ser del sujeto se apoya en “bastones” imaginarios, algo que da consistencia al cuerpo por la vía de la imagen. En esos casos los registros Real, Simbólico e Imaginario no se sostienen juntos, se mantienen anudados a través de una imagen, por ejemplo, sin que haya anudamiento” (p. 104)¹³.

Pasaremos ahora a explorar los modos y el lugar que el consumo problemático, las toxicomanías, el alcoholismo y la feminidad o lo femenino se han presentado en la literatura especializada.

1. B. FEMINIDAD, TOXICOMANÍAS Y ALCOHOLISMO EN EL CAMPO DEL PSICOANÁLISIS

Veremos a continuación una serie de autores en el marco del psicoanálisis que han tomado desarrollos propios de la sexualidad femenina¹⁴ y las han aplicado al análisis del consumo problemático, las toxicomanías y el alcoholismo.

¹² Ver Miller (2010) “Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria”.

¹³ La traducción es nuestra.

¹⁴ Estos serán desarrollados en el capítulo “Sexualidad Femenina en el campo del psicoanálisis. De Freud a Lacan”.

1.b.I. Diferencia entre hombres y mujeres y el recurso al tóxico en la época del Otro que no existe.

Fabián Naparstek (2014) se pregunta por el lugar del tóxico en las mujeres y en los hombres. Señala que:

“desde el punto de vista femenino o desde el punto de vista masculino las relaciones que el sujeto tiene con el amor, con el deseo y con el goce, siempre son diferentes entre sí, y no tenemos que pensar lo contrario respecto al uso de drogas” (p. 144).¹⁵

Tomando como referencia la función paterna como aquella que regula y localiza el goce, el autor señala que en los hombres esta función permitiría pasar de un goce autístico, autoerótico que se autoabastece, a un goce que se enlaza con el otro sexo o con el partenaire. Del lado de las mujeres, esta función es la que posibilitaría transformar la relación estragante que caracteriza su relación con la madre y en cuya serie puede también incluirse el marido, el hombre o el partenaire.

1.b.II. Estrago materno y recurso a las sustancias.

Zaffore y Mazzuca (2002) observan la existencia de una “relación frecuente entre neurosis obsesiva y *pasaje al acto* por un lado y la histeria y el *acting out* por el otro” (p. 66). A partir de allí, establecen una diferenciación en las presentaciones que se encuentran en la clínica de las toxicomanías y el alcoholismo con sujetos masculinos y sujetos femeninos afirmando:

¹⁵ La traducción es nuestra.

“Nos encontramos con sujetos masculinos, quienes, más que presentar síntomas claramente obsesivos, recurren a un intento por la vía del acto (consumo de sustancias tóxicas o acciones delictivas) (...) En la imposibilidad de hacer pasar todo lo real por el campo del significante insiste un resto ineliminable, que, al no encontrar un tratamiento simbólico, se manifiesta en el pasaje al acto. Precisamente éste es el recurso que vemos acentuarse para los sujetos toxicómanos masculinos (...) Asimismo podrían aislarse algunos elementos comunes entre la estructura del acting out y la posición del sujeto histérico. El acting out es una problemática de deseo, da cuenta de una direccionalidad al Otro, aunque se trate de un llamado que recorta un objeto sin pasar por la palabra, sin que el sujeto se encuentre tampoco aquí representado. De allí la dificultad de la intervención” (p. 67).

Los autores reconocen que:

“La pregunta por la feminidad rebasa ampliamente el plano de las identificaciones edípica que regulan las relaciones entre los sexos, modo freudiano por excelencia en el cual, a través del Otro, se ordena la sexualidad. El uso y el abuso de drogas, y el empuje a la acción, estrangulan la transferencia y le agregan un elemento importante al problema” (p. 67).

Articulan sus enunciados presentando el caso de una joven de 24 años, a partir del cual se interrogan por el estatuto del uso del objeto tóxico frente a la coyuntura de elección sexual. En el recorrido, ubican ese uso en una doble vertiente. Por un lado, como respuesta a las separaciones con sus parejas amorosas, lo que otorga un sentido a los *acting out* constantes de esta paciente, pero por otro lado da cuenta también de la conflictiva línea materna, resultando de ello un consumo que termina en el estrago.

En la misma dirección, hallamos una serie de artículos que también destacan la relación entre el estrago materno y el recurso a las sustancias en pacientes mujeres. Así, por ejemplo, De Paula Ferreira (2014) retoma la noción

clínica de estrago, propia de la relación madre-hija y presenta el caso de una mujer que repite con el partenaire el lazo estragante que caracterizaba la relación con la figura materna que sustituyó a una madre tempranamente muerta. Allí señala que:

“Si por un lado, el encuentro con su compañero posibilitó en ella un anclaje fálico, eso se dio de forma insuficiente, lo ilimitado del goce femenino se presenta en su dimensión de no todo sometido a la función fálica” (p. 171)¹⁶.

Y más adelante afirma que el recurso a las drogas revela:

“la imposibilidad estructural del sujeto de inscribir todo su goce fálicamente, hace que él busque incesantemente, de modo singular, las más diversas maneras de lidiar con eso” (p. 171)¹⁷.

La autora nos muestra cómo el recurso a las sustancias, en este caso el uso de crack, funcionaba en una paciente como un modo de lidiar con ese no todo fálico que no pudo ser obturado ni por la vía del partenaire, ni por la vía de los hijos en las cuales la escena fantasmática y las marcas del estrago materno se repiten y el intento de compensar la falta termina operando por la vía del consumo.

1.b.III. El estrago por la vía del partenaire.

Carbone y País (2011) se proponen indagar la relación que el sujeto femenino puede establecer con la sustancia tóxica, sirviéndose también de la noción de estrago. Esta noción lacaniana ligada a las características que Freud

¹⁶ La traducción es nuestra.

¹⁷ La traducción es nuestra.

había señalado, podía tomar la relación entre madre e hija¹⁸, en la cual el atravesamiento edípico termina signado por el odio dirigido hacia la madre a causa de lo que esta no le dio, abriéndose así la vía hacia el padre. Esa característica de la relación madre-hija puede más tarde tomar su relevo en la relación al partenaire que para una mujer puede ser peor que un síntoma, y resultar incluso un estrago (Lacan, J. 1975/ 2016). En tanto que “no hay límites a las concesiones que cada una hace para un hombre: de su cuerpo, de su alma, de sus bienes” (Carbone y País, 2011, p. 128). Siguiendo esta línea las autoras ubican:

“la estrecha relación que existe entre el partenaire droga y el partenaire hombre, que más que constituirse como pareja sintomática del sujeto, sustituyen y toman relevo de la relación estragante de la paciente con su madre” (p. 129).

Y nos presentan el caso de una mujer que recurre a las sustancias, inicialmente instada por su pareja y más tarde como respuesta a los fracasos del amor.

En la misma dirección del *partenaire estragante* hallamos un antiguo texto de Daniel Lagache (1950-52/1982) llamado “Una pareja de Toxicómanos” que presenta el caso de una mujer heroinómana con la que el autor pudo despejar la coyuntura de inicio del consumo de sustancias y que acontece a partir del encuentro con un hombre opiómano del que ésta se enamora y quien le exige que consuma como condición para continuar la relación que hay entre ambos. Esta mujer entonces se deja conducir por la vía de la toxicomanía con consecuencias devastadoras.

¹⁸ Ver capítulo Sexualidad Femenina en el campo del Psicoanálisis. De Freud a Lacan.

1.b.IV. Las coordenadas de la identificación sexual y el consumo problemático como respuesta a lo no sintomatizado.

Veronique Eydoux (2014) presenta el caso de una mujer cuyas coordenadas de la elección sexual y sus consecuencias operan como “fondo sintomático” que aparece tras el recurso a las sustancias y cuyas graves consecuencias la llevan a demandar tratamiento. Eydoux ubica el tránsito de esta paciente por múltiples adicciones (droga, alcohol, juego virtual) y las variaciones que pudieron instalarse a partir de la operación analítica.

“Esta nueva adicción en transferencia moviliza la elaboración de su singular identificación sexual. “Si tuviera veinte años, me operaría. Siempre pensé que todo habría sido diferente si hubiera sido un hombre. Pienso que mis padres no me habrían dejado con mi abuela toda mi infancia si hubiera sido niño”.

Enza toca el punto traumático recubriéndolo con una ficción que durante mucho tiempo ha sido su relato. No es que sus padres no eran inmaduros y sumisos ante la abuela, como dice la saga familiar, sino que querían un niño” (Eydoux, 2014, p. 128)¹⁹.

En transferencia, la paciente pudo poner en cuestión la ficción con la que recubrió el *punto traumático* que es ubicado en las coordenadas de su identificación sexual.

1.b.V. Goce femenino y toxicomanías.

Otros autores se han servido de las fórmulas de la sexuación que Lacan presenta en el seminario XX (1972-73/ 2016) y han elaborado posibles articulaciones entre el goce propio de lo femenino no capturable por el falo, y el

¹⁹ La traducción es nuestra.

recurso a las sustancias, en tanto que éstas operan exitosamente por su potencialidad de ruptura con el goce fálico. (Lacan, 1976/ 2016).

Deborah Fleischer (1994), partiendo del predominio de toxicomanías en hombres y retomando la tesis lacaniana sobre la toxicomanía y sus desarrollos sobre goce femenino, se pregunta si hay en el consumo de drogas un intento de acceder a un goce más allá del falo, el que es denominado femenino por Lacan. Para abordar la cuestión establece, en principio, la diferencia entre feminidad e histeria ubicando allí:

“un paso necesario para entender en caso de verificar la hipótesis inicial, porqué algunas mujeres buscarían en la droga el acceso a ese Otro goce, goce no limitado a las zonas erógenas” (p. 82).

Retoma las fórmulas de la sexuación y señala la relación contingente que del lado femenino se establece con el falo.

“Lo que del lado hombre apunta a la interdicción del goce, del lado mujer no funciona. En tanto nada pone límite a la función fálica, la relación con el goce es diferente, ubicándose ahí el Otro goce, que habrá que diferenciar del goce del Otro e incluso de la Otra, goce al que apunta la histérica” (Fleischer, 1994, p. 85).

La autora responde negativamente a su pregunta inicial acerca de si hay en el consumo un intento de acceder al goce femenino y señala que toxicomanía y goce femenino tienen en común *la resistencia al significante*. Pero aclara que el goce femenino, tal como se presenta en las fórmulas de la sexuación, no es posible sin haber pasado por el goce fálico y agrega, además, que en la toxicomanía debe establecerse una distinción en función de la estructura del sujeto toxicómano, en donde hallamos sujetos de estructura neurótica, perversa y otros no regulados por la norma fálica. Ahora bien, al

abordar la cuestión por el lado de la posición subjetiva y la relación al goce, señala que,

“en tanto no sintomatizado, en la toxicomanía, no aparece como síntoma, como un núcleo de goce no regulado por la castración, pero correlato de ella.” (...) “el goce de ~~La~~ mujer quiebra el lazo social, introduce en el centro de la homogeneidad de la masa, en el medio del para-todo del universal, lo radicalmente Otro, la diferencia.” (...) “el toxicómano, quien haciendo masa con ese nombre se postula fuera de todo lazo social” (...) “en los místicos se anudan amor y goce, lo que no ocurre en la toxicomanía, pero sí en el goce femenino” (Fleischer, 1994, p. 86).

Y concluye que el goce femenino y el goce místico no son posibles sin el decir del amor, lo que establece otra distinción entre el goce del toxicómano y el goce femenino y el místico.

1.b.VI. El fracaso del amor y el empuje al consumo en las mujeres.

Sinatra (2017), partiendo de la condición erotómana femenina, afirma que “en las mujeres es un dato clínico que las desavenencias de las mujeres con sus parejas -no solo heterosexuales- pueden empujarlas a las drogas” (p. 164.) Intentando establecer una diferencia con los hombres, en quienes el autor ubica que se trataría en su empuje a las drogas en la búsqueda de satisfacción, Sinatra acentúa una paradoja del goce femenino, en tanto que hace de obstáculo para ambos sexos. Esta paradoja se potenciaría en las toxicomanías ya que si bien

“las drogas con su impulso autoerótico cortan al sujeto del partenaire evitando la apuesta sexual, también es cierto que con el uso de ciertas

drogas parecería alcanzarse una sensación extática que podría identificarse con el goce femenino” (Sinatra, 2017, p. 164).

El autor plantea que el uso de sustancias bien puede ser tanto una vía para rechazar el goce femenino, como “una coartada” para acceder a él pero sin pasar por el otro, por el partenaire.

1.b.VII. Las fórmulas de la sexuación como orientación diagnóstica.

El psicoanalista Pablo Sauce, por su parte, se sirve de las fórmulas de la sexuación lacanianas para pensar la diferencia y el lugar que ocuparía la toxicomanía como categoría en relación a otros modos en que se presenta el consumo. En este sentido vale aclarar que, muchas veces, los términos toxicomanías, alcoholismo y adicciones se presentan como sinónimos en los escritos sobre el tema, como mencionamos en el primer apartado de este capítulo. En este sentido, Sauce (2016) se propone a título de hipótesis:

“diferenciar la especificidad de la toxicomanía de la generalización de las adicciones a partir de la suspensión del fiel de la balanza, en cada caso, entre esas dos vertientes: en el extremo de la vertiente de la parrilla $S(A)$ colocaría la verdadera toxicomanía, donde la categoría del falo no sería operatoria (insubordinación al servicio sexual) y el objeto droga funcionaría, sin excepción, como condensador de goce.

Del otro extremo (Φ), en la vertiente de las cosquillas, la masturbación como paradigma de las adicciones generalizadas, donde tendríamos la subordinación al goce fálico. En el caso de las adicciones generalizadas, se trataría de un tipo de goce –cínico– que no pasa por el cuerpo del Otro, sino por el propio cuerpo (autoerotismo): hay un rechazo consistente en que el goce del propio cuerpo no sea metaforizado por el goce del cuerpo del Otro. Por eso equivale al primer tiempo de la tesis freudiana sobre la adicción, donde, a través del acto de la masturbación, se opera un cortocircuito que asegura al sujeto el casamiento con el goce fálico, y que no

descarta la inclusión del otro imaginario en la fantasía. Se trata aquí de un goce fragmentado, sexual.

En la vertiente de la especificidad de la toxicomanía, además de no pasar por el Otro, como en las adicciones generalizadas, tampoco pasa por el goce fálico. Tenemos aquí la tesis lacaniana de que la droga permite romper el «casamiento con el pequeño pipí», pues permite la fuga del problema sexual. Salvo en la psicosis, claro, donde la ruptura es anterior al encuentro con la droga” (p. 39).

El autor utiliza las fórmulas de la sexuación presentadas por Lacan en la década del 70 del pasado siglo y retoma también las tesis freudianas y lacanianas para establecer una diferenciación teórico clínica entre toxicomanía y consumo que resulta útil también a la hora de intentar responder la pregunta sobre la función que tiene el objeto tóxico en el sujeto.

1.b.VIII. El recurso a las sustancias en mujeres y la lógica del no todo.

De Faria (2014) ubica en la toxicomanía el paradigma de la presentación sintomática del goce autista donde el *no pienso* prevalece. La autora subraya que ese fuera de sentido se aproxima a la lógica del no todo, que remite a aquello que el goce tiene de ilimitado, absoluto, fuera de sentido e imposible de ser colocado en palabras. Teniendo en cuenta el uso de sustancias en pacientes mujeres, la autora se interroga sobre la relación entre el goce que la mujer puede experimentar y el recurso a las sustancias, su tesis radica en afirmar que el uso de las drogas puede ser, en las mujeres, más o menos devastador dependiendo de la articulación que ocurre a partir de la inscripción de la significación fálica. Al no haber localización en el falo, o goce en relación

con un órgano específico del cuerpo, ella puede agarrarse de otras formas de localizar el goce como, por ejemplo, en la vía del amor. Para ello se sirve del caso de una mujer quien tras una operación en la que se realiza una histerectomía pierde “todo lo que hace a una mujer existir”²⁰ (p. 108) entregándose a partir de allí a la bebida, que se tornó un consuelo. Esta mujer en la búsqueda por ser deseada se expone a situaciones de riesgo cuando se encuentra alcoholizada. De Faria ubica también aquellos casos donde la inscripción fálica no opera como un modo de regular el goce y en los que el recurso a la sustancia se presenta como otro modo de regular el goce, y nos ofrece el caso de una mujer que se sirve de los opioides y de los remedios para tratar su melancolía, donde la inscripción fálica está ausente.

A modo de cierre de este apartado en el que hemos expuesto una serie de autores que se han ocupado de explorar el entrecruzamiento entre sexualidad femenina y consumo, toxicomanías y alcoholismo, señalaremos en primer lugar que los artículos aquí reunidos se presentaron de un modo excepcional si tenemos en cuenta la vasta literatura psicoanalítica existente sobre consumo, toxicomanías y alcoholismo. Ésta, para decirlo de un modo general, ha ordenado su lectura y el abordaje clínico a partir de las tesis principales o fundamentales que establecieron Freud y Lacan, y que fueron explicitadas en el apartado anterior. Algunos autores como Naparstek (2014) y Fleischer (1994) han reconocido que la realidad asistencial nos presenta un mayor número de consultas realizadas por sujetos masculinos que por sujetos femeninos, cuestión que veremos en el apartado siguiente, lo que también es

²⁰ La traducción es nuestra.

señalado por autores provenientes de otros campos. Coincidimos con ellos cuando señalan que tal vez la carencia de material bibliográfico sea un reflejo de esa realidad.

Sin embargo, y como quisimos mostrar en este recorrido, a todas luces sucinto, la riqueza de un análisis que se sirva de los desarrollos psicoanalíticos sobre lo femenino, en este caso haciendo uso de nociones como la de estrago materno, goce femenino, articulación entre amor, goce y deseo, y vínculo al partenaire, aplicándolas al campo de las presentaciones por la vía del consumo, es posible y abre además otros modos de lectura.

1.C. CONSUMO PROBLEMÁTICO Y FEMINIDAD: epidemiología, características generales y dificultades de una población “invisibilizada”.

1.c.i. Principales indicadores epidemiológicos argentinos de consumo de sustancias psicoactivas en la población femenina.

Recientemente los estudios epidemiológicos argentinos sobre el consumo problemático de sustancias han empezado a desglosar y comparar los datos obtenidos teniendo en cuenta el género. Esta iniciativa, novedosa en países como el nuestro, responde al pedido de organismos internacionales como CONACE²¹ (2004), ONU²² (2005, 2017), UNODC²³ (2016); Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017), quienes advirtieron sobre la

²¹ Las siglas corresponden al Consejo Nacional de Control de Estupefacientes de Chile.

²² Las siglas corresponden a la Organización de las Naciones Unidas.

²³ Las siglas corresponden a la United Nations Office on Drugs and Crime.

necesidad de incorporar en las investigaciones la situación del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres, señalando la ausencia de datos en una población que es considerada específica²⁴ y como tal, conlleva patrones de uso, experiencias y necesidades terapéuticas propias. En marzo del 2016 la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas aprobó la resolución 59/5, titulada “Incorporación de la perspectiva de género en las políticas y programas relacionados con las drogas”, en la que se impulsa a los Estados a tener en cuenta en sus políticas y programas las necesidades específicas de las mujeres y niñas, el acceso a servicios de salud adaptados y a las necesidades de mujeres que fueran responsables del cuidado de menores y otras personas.

Teniendo en cuenta que las mujeres y niñas constituyen un tercio de las personas que consumen drogas en todo el mundo (ONU, 2017) en Argentina, al igual que en el resto del mundo (OEDT 2012; ONU, 2017; UNODC, 2018) los indicadores epidemiológicos sobre el consumo de sustancias psicoactivas afirman que los hombres presentan índices de consumo superior a la de las mujeres (SEDRONAR, 2017). Al comparar la prevalencia por sexo hallamos que en nuestro país son el alcohol, el tabaco y la marihuana las sustancias que presentan una incidencia más elevada en la población femenina. Si bien como dijimos, y en consonancia con la tendencia mundial, las tasas de consumo de sustancias psicoactivas en mujeres son menores que en los hombres, hay dos sustancias que presentaron en el año 2016 tasas de consumo más altas en mujeres que en hombres. Se trata de los analgésicos opiáceos sin prescripción

²⁴ La literatura científica muestra que los procesos de iniciación en las drogas, los factores sociales y el uso de las sustancias psicoactivas, sus efectos biológicos y el desarrollo de problemas relativos al consumo varía significativamente en hombres y mujeres. (UNODC, 2018) Es por ello que se considera una población específica, cuyas características debieran ser contempladas a nivel del tratamiento y de las políticas públicas sanitarias.

médica y de adelgazantes, también consumidos sin prescripción médica (SEDRONAR, 2017). Este índice también coincide con los datos hallados a nivel mundial que señalan un mayor uso de tranquilizantes sin prescripción médica en la población femenina (UNODC, 2018).

Al igual que la tendencia mundial, en nuestro país para la mayoría de las sustancias psicoactivas la tendencia en aumento del periodo 2010-2017 es más aguda en las mujeres que en los hombres, lo que se estima podría derivar en una tendencia a la paridad en el consumo en ambos géneros²⁵. A nivel mundial, en el decenio pasado, las consecuencias sanitarias perjudiciales del consumo de drogas aumentaron más rápidamente en mujeres que en hombres (UNODC, 2018). En Argentina, en el año 2016 hubo 30,3% de nuevas consumidoras de alcohol, 1,4% de consumidoras de marihuana y 0,7 % de tranquilizantes sin prescripción médica al comparar los datos con en el periodo anterior (2010).

En cuanto a los aspectos sociodemográficos, el último informe argentino (SEDRONAR, 2017) señala que en el año 2016 el 68,5 % de las mujeres presentó algún tipo de consumo. Concentrándose la mayor parte de las mujeres consumidoras en los grupos de edades comprendidos entre 25-34 años (18,7%) y 35-39 años (18,8%). Gran parte de esas mujeres son jefas de hogar sin niños a cargo. Por otro lado, los indicadores de dependencia de marihuana, cocaína y /o de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol se presentaron en mayor porcentaje en el grupo de los 18 a 24 años de edad. Al

²⁵ Partiendo de los datos que aportan las estadísticas internacionales cuando señalan la tendencia de los últimos años a la paridad entre los índices de consumo en hombres y mujeres. Algunos autores han empezado a denominar como “feminización” del consumo o “masculinización” del consumo femenino a esta tendencia. Autores como Parga (2016) denominan Feminización del uso de drogas a la tendencia de crecimiento de índices de usos de sustancias psicoactivas por parte de la población femenina.

comparar estos datos con aquellas mujeres que efectivamente realizan o estuvieron en tratamiento por las consecuencias del consumo encontramos que la mayoría pertenece al grupo de 35 a 49 años de edad (92,4%) y son jefas de hogar sin niños a cargo el 78,9% (SEDRONAR, 2017).

Al observarse la distribución según su máximo nivel educativo, el mismo se concentra en la categoría secundario completo e incompleto. Otro aspecto a destacar es que las mujeres que se declararon consumidoras presentaron tasas mayores en los niveles de instrucción superior, como universitario completo, incompleto y postgrado, que aquellas que se declararon no consumidoras.

Por último, al explorar los datos correspondientes a las sustancias que motivaron la demanda de tratamiento, las mujeres indicaron en primer lugar sustancias legales, tales como tabaco en un 22,4% de casos, alcohol un 11,3% y cocaína en un 9,5 %. Diferente situación se dio en los hombres que reportaron como sustancias que motivaron el tratamiento, en primer lugar la marihuana 46,4%, seguido por la cocaína 37,7% y el alcohol en un 36,9%. Es decir, las mujeres concentran valores en drogas legales y los hombres en drogas ilegales (SEDRONAR, 2017).

La demanda de tratamiento discriminada por género

Durante el año 2016 se calculó que 14.029.396 personas registraron haber consumido sustancias psicoactivas en Argentina. De ellas, solo el 0,8% buscó ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo (SEDRONAR,

2017a), lo que equivale a decir que menos de 1 de cada 100 personas que registraron consumo, buscó tratamiento. Cuando comparamos esta búsqueda de ayuda profesional por sexo de los demandantes, hallamos que se realizó en mayor medida por hombres. Estableciéndose una relación de 3 hombres por cada mujer que consultó (SEDRONAR, 2017a, p. 24). Esto quiere decir que, según lo registrado en 2017, la mayor parte de las mujeres que manifestaron deseos de realizar un tratamiento por los efectos problemáticos de su consumo, no lo llevaron a cabo. Este dato se replica a nivel mundial, de modo que el último informe mundial sobre drogas publicado por las Naciones Unidas en el año 2017 afirma las mujeres tienen menos acceso que los hombres al tratamiento necesario.

En cuanto a los lugares en donde se realizó esta búsqueda de ayuda profesional en Argentina (SEDRONAR, 2017a) también es posible establecer diferencias entre los valores hallados en hombres y mujeres. De esta manera, los principales lugares de búsqueda en población masculina fueron las iglesias o grupos religiosos (28,4%), los grupos de alcohólicos anónimos en un 23% de los casos y en un 19% de los casos en comunidades terapéuticas. En el caso de las mujeres, la búsqueda de ayuda se realizó mayormente en servicios gratuitos de líneas telefónicas en un 7,1% de los casos, en comunidades terapéuticas 6,2% y en alcohólicos anónimos 5,3%. Cuando se compara la consulta de los hombres y las mujeres, se halla que ciertas instituciones no registran prácticamente valores en las consultas de mujeres como es el caso de instituciones como narcóticos anónimos, clínicas psiquiátricas y centros de salud mental.

Al detenernos en la búsqueda de ayuda profesional y la efectiva realización de un tratamiento SEDRONAR (2017a p.27) informa que, del total de personas que buscaron ayuda por problemas vinculados al consumo de alguna droga -incluido alcohol y tabaco-, el 52,9% realizó finalmente algún tipo de tratamiento, el 44,2% restante no se insertó en ningún programa o espacio de atención y el 2,9% restantes no registró respuesta. En la distribución por género y comparando los valores, se observa que el 59,2 % de los varones que buscaron ayuda profesional tuvieron tratamiento, a diferencia de las mujeres, quienes solo en un 35,8% obtuvieron tratamiento. Estos valores también se replican a nivel mundial, y según el informe 2016 de la junta fiscalizadora (Naciones Unidas, 2017) de todas las personas que reciben tratamiento alrededor del mundo por las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas solo una quinta parte es mujer.

Lugares y tipo de tratamiento:

El censo nacional de centros de tratamientos²⁶ argentinos (SEDRONAR, 2009) que se ocupó de explorar la oferta sanitaria para la atención de los efectos del consumo problemático de sustancias psicoactivas, manifiesta que en el año 2008 había en Argentina 592 instituciones dedicadas a la atención de los efectos del consumo en el territorio nacional. De ese total el 29, 2% se concentra en la provincia de Buenos Aires.; siendo CABA, Buenos Aires,

²⁶ Por “centro de tratamiento” se entiende a todas las instituciones terapéuticas, públicas o privadas, especializadas o no en el manejo del uso indebido de sustancias psicoactivas que brindan atención a las personas que demandan atención (SEDRONAR, 2009).

Córdoba,²⁷ Neuquén y Santa Fe, las provincias que cuentan con mayor cantidad de centros de atención. El 66,7% de los centros registrados en los que puede realizarse un tratamiento son establecimientos específicos para la atención del consumo problemático, las toxicomanías o alcoholismo. Pueden ser ONGs, comunidades terapéuticas, grupos de autoayuda, dispositivos específicos dentro de unidades penitenciarias, dispositivos nacionales, provinciales. Por otro lado, el 32,6% restante de los tratamientos se dan en el marco de establecimientos generales de salud tales como hospitales generales, salas de atención primaria, hogares y otros tipos de dispositivos generales de atención de la salud.

Servicios de atención para poblaciones específicas.

Cuando se habla de “poblaciones específicas” se hace referencia a ciertos grupos poblacionales que, por sus características particulares, exigen la adecuación del tratamiento al tipo de demanda específica, para poder hacer viable el curso del mismo. Ejemplos de poblaciones específicas son los conformados por niños y adolescentes, las personas en situación de calle y poblaciones carcelarias. La población femenina es caracterizada como una población específica, y, como tal, requiere de una atención que contemple sus particularidades, tanto en torno a los ciclos vitales que atraviesa como a las dificultades con las que este grupo podría encontrar a la hora de sostener un tratamiento.

²⁷ Hay que tener en cuenta que a excepción de Neuquén esas son las jurisdicciones que tienen más habitantes (SEDRONAR, 2009).

En cuanto a los servicios para poblaciones específicas, hallamos instituciones que ofrecen tratamientos especializados según la etapa de la vida que se encuentra transcurriendo el consultante y las necesidades que esto implica. El 21,7% de los dispositivos cuenta con recursos para tratar menores de 13 años y, en cuanto a jóvenes y adolescentes, existen servicios específicos en más del 60% de los centros de tratamiento.

Al indagar la cantidad de dispositivos que admiten hombres o mujeres con exclusividad en nuestro país, observamos que el 80.9% de los centros aceptan hombres y mujeres indistintamente, en tanto el 8.4% acepta solo hombres y el 3.2% exclusivamente mujeres. Es decir que los varones tienen mayor oferta de dispositivos de tratamiento que las mujeres (SEDRONAR, 2009).

El 45.7% del total de los centros acepta mujeres aun cuando éstas se encuentran embarazadas o tengan hijos que deban asistir con ellas a la consulta y/o internación. El 19.4% atiende mujeres aun estando embarazadas, pero no acepta la presencia de niños durante el tratamiento o la consulta. Por otra parte, el 13.3% admite mujeres en el tratamiento, pero éstas no pueden estar embarazadas ni concurrir con sus hijos al establecimiento. Podemos concluir que, según estos datos provistos por SEDRONAR (2009), a la menor oferta de tratamiento para mujeres, se agrega además que, según sea su ciclo vital y condiciones familiares, las posibilidades de recibir un tratamiento disminuyen.

El 20,3 % de las mujeres que recibieron tratamiento durante el año 2016 (SEDRONAR, 2017) lo hicieron en grupos de autoayuda y el 16,3% en

hospitales generales. Los hombres, por su parte, presentan valores diferentes en este aspecto y refieren un 25,8% de tratamientos en grupos de autoayuda, 16,2% en centros especializados, un 13,6% en hospitales generales y un 13,1 en comunidades terapéuticas.

En cuanto al tipo de tratamiento recibido efectivamente²⁸, el 24 % de las mujeres que recibieron uno durante el año 2016 lo hicieron de manera ambulatoria, un 8,4% en institución residencial y un 12% declaró haberlo recibido en grupos de autoayuda. Las referencias masculinas presentan valores sensiblemente diferentes. El 84,3% de los varones recibió asistencia ambulatoria y sólo el 7% en una institución residencial. Las mujeres que demandaron tratamiento, pero no lo llevaron a cabo, presentaron una mediana de 38 años, mayormente con un nivel educativo superior o universitario (38,3% universitario completo y 14,6% incompleto). Más de la mitad refirió estar casada 55,4% y un 37,5 % trabajar en jornada completa. Por su parte aquellas que sí llevaron a cabo un tratamiento, presentaron una mediana de 37 años, contaban con estudios terciarios predominantemente y eran en su mayoría solteras que trabajaban en jornadas parciales. Gran parte de ellas presentaba indicadores de riesgo de consumo de alcohol.

1.c.II. Femenidad y recurso al tóxico desde otras perspectivas.

Una población específica invisibilizada

²⁸ La información expresada da cuenta de los datos de los que dispone el informe de referencia. El mismo señala que en cuanto al tipo de tratamiento recibido en la población femenina solo se dispone de información del 44,7 % de los casos que han declarado haber recibido tratamiento (SEDRONAR, 2017).

Algunos autores señalan que en el campo del consumo problemático de sustancias los estudios presentan una tendencia al androcentrismo. Esto quiere decir que, durante muchos años las divulgaciones científicas y los saberes resultantes de las investigaciones, sin advertirlo, expresaban los resultados del trabajo con pacientes del sexo masculino y lo extendían a toda la población. Esta operación era, en parte, la expresión de la realidad asistencial, en la que se presenta un alto predominio masculino tanto de las tasas de consumo como de consulta y tratamiento (Pérez Gómez y Correa Muñoz 2011; Gómez Moya; Valderrama Zurian, & Otros 2007; CONACE, 2004).

Algunos autores han denominado la población femenina consumidora de sustancias psicoactivas como una población *invisibilizada* (Parga 2016; Romo s/f; Romero Mendoza y Durand Smith 2006; Jarpa Arriagada, Parra Carrasco & otros 2016, Inter-American Commission of Women, 2014; Romero, Rodriguez, Durand Smith & Otros 2003) por ser escasa la información sobre las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas y en razón de la falta de estudios que atiendan su particularidad. Esta invisibilización tuvo como resultado dos consecuencias. Por un lado, el vacío de datos específicos que nos permitieran comprender con más detalle la situación real de las mujeres consumidoras de sustancias en el país, sus ritmos de consumo, las modificaciones que estos han sufrido a través del tiempo, entre otros. Tengamos presente que contar con una completa caracterización de la población y sus principales dificultades, es fundamental a la hora de desarrollar programas y políticas públicas adecuadas. En este sentido podemos inferir que la falta de programas y políticas públicas es también la expresión de la invisibilización de las usuarias y consumidoras de sustancias psicoactivas en nuestro país.

A pesar de esta invisibilización hemos hallado estudios que, advertidos de ello, se propusieron indagar el consumo en poblaciones femeninas, algunos de cuyos resultados expondremos en las páginas que siguen.

El género como factor de riesgo. Comorbilidad.

La literatura hallada sostiene que la mujer consumidora de sustancias psicoactivas padece mayor cantidad de patologías asociadas o comorbilidad que los hombres consumidores. Diversas patologías, como desórdenes de ansiedad o estrés post traumático (Casas y Guardia, 2002) muchas veces relacionado a infancias con padecimiento de abuso psíquico y sexual (UNODC, 2018) o trastornos de alimentación como bulimia y anorexia, enfermedades infecciosas como HIV o Hepatitis c²⁹ muestran en las mujeres tasas más elevadas que las halladas en hombres que abusan de las sustancias psicoactivas. Se afirma también que la mujer se inicia en el consumo de sustancias psicoactivas más tarde que la media de edad presentada en la población masculina. Sin embargo, advierten que el efecto del consumo es más deteriorante en ellas, quienes incrementarían la ingesta de alcohol o el consumo de cocaína y opioides más rápido que los hombres (UNODC, 2018). Este proceso es denominado “telescópico” a causa de la rapidez en que las mujeres desarrollan problemas con el consumo en comparación con la población masculina. Hay autores que también señalan que el consumo en la mujer está muy influido por su pareja cuando ésta consume drogas y que, además, las tasas de violencia física y sexual de la que son víctimas las

²⁹ En términos de riesgo las mujeres que consumen sustancias psicoactivas son más vulnerables a padecer H.I.V o HEPATITIS C (UNODC, 2018).

mujeres que se encuentran en tratamiento por consumo problemático son muy elevadas, entre el 40% y el 70% (Naciones Unidas, 2017).

En el mismo informe se menciona que las mujeres en las que coexisten el consumo problemático de sustancias y patologías mentales que no reciben tratamiento, tienen peores pronósticos clínicos que aquellas que padecen de un solo trastorno. Es decir, la comorbilidad es en las mujeres un indicador de peor pronóstico (Naciones Unidas, 2017).

En cuanto a las infracciones de las leyes de drogas, hallamos autores que señalan que las mujeres presentan tasas más altas de prisión por delitos relacionados con las drogas en comparación con los hombres, lo que quiere decir que alrededor del mundo hay una mayor proporción de mujeres en prisión a causa de delitos de drogas. El informe *Women and Drugs* (UNODC, 2018) señala que el 35% de las mujeres que se encuentran en prisión alrededor del mundo, están cumpliendo penas por infracciones a la ley de drogas. Por su parte de los prisioneros masculinos privados de su libertad en el mundo solo el 19% lo está a causa de este tipo de delitos.³⁰ Cabe destacar que la encarcelación de mujeres suele afectar en mayor medida la vida familiar que cuando se trata de la encarcelación de hombres; impactando directamente en sus hijos, sobre todo si son estas mujeres cuidadoras principales o jefas de hogar (Naciones Unidas, 2017).

³⁰ La traducción es nuestra.

La feminidad como obstáculo al tratamiento por los efectos del consumo

La literatura destaca también que las mujeres que consumen sustancias psicoactivas son objeto de estigma y discriminación en muchos países (Naciones Unidas, 2017). Autores como Castillo Franco y Gutierrez (2008) afirman que la mujer que consume sustancias psicoactivas es víctima del doble estigma de ser mujer y ser consumidora. Luna Montaña (2004) sostiene que, en particular, el consumo de alcohol y sustancias constituyen la adicción femenina más estigmatizante, a diferencia de otros tipos de adicción, como la ludopatía, sobre la que cae una menor mirada negativa.

En cuanto a la desproporción que se observa entre las consultas de sujetos masculinos y femeninos, algunos investigadores la explican a causa de la estigmatización doble que sufrirían las mujeres por su condición de consumidora y mujer. Otros autores destacan además de los motivos culturales (UNODC, 2015), las dificultades del sostenimiento del tratamiento y los temores al castigo de parte del Estado por el incumplimiento de un rol social esperado (Farapi & Emakunde, 2009; Guerrero et al, 2016).

En relación a esto, trabajos como los de Parga (2016), Jeifetz y Tajer (2010), Guerrero, Villatoro, Kong, & otros (2016), Abeldaño, Gallo, Burrone & Otros (2016) y UNODC (2018) sostienen que el género es una barrera para acceder al tratamiento por abuso de sustancias y la menor cantidad de consulta recibida por esta población específica halla su motivo en las dificultades que estas mujeres encuentran en el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, también mencionan que las mujeres no realizan tratamiento por miedo a perder la custodia de sus hijos o debido a la hostilidad del personal (Naciones Unidas, 2017) y que reciben menor apoyo social y familiar para llevar a cabo el

tratamiento que los hombres (Ochoa, Madoz-Gurpide y Salvador, 2008). Además de lo mencionado, la mayor parte de la literatura hallada insiste en las ausencias de programas específicos creados para la población femenina, definida como específica y de riesgo (OPS y ONU, 2015).

Mujer-madre. La mirada sobre la mujer consumidora en su posición madre

Hemos hallado un gran número de publicaciones orientadas a indagar la relación entre el consumo y el embarazo (López, 2013; UNODC, 2018; Arroyo Cabrales et al, 2012; Peña y Matute, 2010) y otro conjunto de estudios que se enfocan en el estudio de la frecuencia del consumo en la mujer gestante (Berenzon Gorn et al, 2007; Lichtemberguer et al, 2015). La utilización de sustancias psicoactivas durante la gestación puede dar lugar a malos resultados obstétricos como: nacimientos de niños con bajo peso (Lugones Botell et al, 2005); mayor mortalidad infantil y síndrome de abstinencia en los recién nacidos (Mardomingo et al, 2003; Gutiérrez Padilla et al, 2008). El consumo problemático de sustancias podría también estar relacionado con embarazos no deseados (Naciones Unidas, 2017). Algunos autores mencionan, además, el abandono de menores y dificultades en el ejercicio del rol materno (Jarpa Arriagada et al, 2016).

1. D. CONCLUSIONES

En la revisión realizada hallamos que los estudios sobre consumo problemático, toxicomanía y alcoholismo en nuestro marco teórico de referencia se ordenan bajo las dos referencias o tesis centrales -como las llama Naparstek (2005)- y que son la tesis freudiana y la tesis lacaniana. Bajo estas dos ideas generales se presentan producciones que se han ocupado de distintas dimensiones o características del consumo problemático, las toxicomanías o el alcoholismo. Así, a partir de ensayos, recopilaciones bibliográficas y artículos, se aspira a dar cuenta del lugar que el consumo tiene o ha tenido en la sociedad y su efecto en el sujeto (Giacobone y Kother Macedo, 2013; Marquez y Sklarevich, 2005), a indagar el modo en que el psicoanálisis puede ser ejercido en comunidades terapéuticas (Soto Fortuny, 2011); la práctica del abordaje de adicciones a partir del psicoanálisis en hospitales públicos (Donghi, 2006), o también se han dirigido a delimitar el lugar que el objeto tóxico ocupa a nivel de la economía psíquica (Staude, 2007; Fleisher et al, 2009) o establecer la función que el objeto de consumo ocupa en la estructura del sujeto consultante (Naparstek, 2009; Dimow, 2005; Arca, 2012). Hemos hallado también investigaciones que se ocupan de poblaciones específicas, como es la de los adolescentes. (Fernández Raone, 2017).

La amplia mayoría no se detiene en estudiar las presentaciones por la vía del tóxico desde las nociones y variables a partir de las cuales el psicoanálisis de orientación lacaniana estudia la condición femenina, a pesar de haber sido señalada la singularidad y/ o especificidad del uso de sustancias en el sexo femenino (Fernández Raone, 2017), subrayando la menor frecuencia de consulta (Naparstek, 2014), el predominio de la toxicomanía en

los hombres (Fleischer, 1994) o la frecuencia de antecedentes de violaciones o incestos en mujeres toxicómanas (Thomas, 2006).

En cuanto a aquellos autores que sí han hecho esa lectura y que presentamos en el segundo apartado, debemos reconocer que se presentan “a modo de excepción” en la bibliografía revisada sobre consumo problemático, toxicomanía y adicciones.

Los escritos en su mayoría se refieren a sujetos masculinos. De esto resulta una producción textual fundamentalmente basada en el trabajo con dichos sujetos y en la exclusión de los desarrollos psicoanalíticos sobre sexualidad femenina a la hora de abordar la casuística. Si bien la posición sexuada en psicoanálisis -como veremos en el siguiente capítulo- es una cuestión que siempre ha sido fuente de controversias. La bibliografía revisada sobre consumo problemático, toxicomanías y adicciones solo de manera excepcional se pregunta o articula los desarrollos sobre sexualidad femenina y el recurso a las sustancias. Cuando es posible resulta ello no solo algo novedoso, sino que permite una mejor comprensión de las presentaciones que inaugura una nueva dirección de trabajo posible.

La perspectiva epidemiológica presentada en el tercer apartado nos permitió describir y caracterizar de manera general la situación de las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas a nivel nacional y compararla con los datos hallados a nivel mundial. Coincidimos con Conde y Pérez Andrés (1995) quienes caracterizan a la categoría “población” como una agregación de individuos y señalan su insuficiencia al no contemplar las interrelaciones, las mediaciones, ligaduras más estructurales que existen en una sociedad. Dicha perspectiva sirve para dar cuenta de la situación general pero no esclarece los

trayectos de consumo, las tendencias a corto y largo plazo de los usuarios y todos los detalles que permitan una mayor comprensión del fenómeno. Asimismo, la epidemiología al centrarse en las sustancias y la cantidad consumida en un periodo de tiempo específico, pierde el amplio espectro de prácticas y de ritmos de consumo que terminan siendo incluidos indistintamente en categorías generales. Muchas veces reconocen -a pesar de sus afirmaciones generales- la diversidad de casos que pueden hallarse al interior del fenómeno que abordan, pero eluden por su propia perspectiva la dimensión singular. Al pasar por alto esta dimensión singular -dimensión desde la que nosotros lo abordaremos- dejan por fuera al menos dos planos, a saber: tanto el lugar que ocupa la sustancia psicoactiva en la estructura del sujeto y su economía libidinal, como el modo en que se juega allí la posición sexual y sus vicisitudes. Aspectos cuya dilucidación, creemos, nos permiten comprender en detalle, no solo los trayectos recorridos por cada una de estas mujeres, sino también las coyunturas de inicio, las coordenadas que motivaron la consulta, los momentos de abstinencia, los periodos de consumo y también las soluciones que hallaron las pacientes, por nombrar solo algunas.

Al revisar los trabajos publicados que atiendan exclusivamente a la relación entre feminidad y consumo desde otras perspectivas -más allá de nuestro marco teórico de referencia que es el psicoanálisis- hallamos que la escasa asistencia de mujeres en servicios de atención es explicada por estas perspectivas como resultado del fracaso de las políticas públicas o sanitarias en su abordaje o de las dificultades y estigmas que padecerían las usuarias por su propia condición femenina. Por su parte, la ausencia de material publicado sobre este tema es pensado por estas perspectivas a partir de la extensión al

plano teórico de la realidad asistencial, en la que se evidencia una abrumadora preeminencia de sujetos masculinos sobre los sujetos femeninos. Otro aspecto que merece ser destacado es la gran cantidad de artículos que encontramos que se orientaban a indagar desde diferentes ángulos la relación entre embarazo y consumo.

Algunas de las características señaladas por los estudios revisados, como el consumo de sustancias en relación a una pareja y la maternidad -como mostramos en el segundo apartado- también pueden pensarse a partir de lo que el psicoanálisis nos enseña. Creemos entonces que es posible estudiar las presentaciones por la vía del tóxico desde las nociones y variables a partir de las cuales el psicoanálisis de orientación lacaniana estudia la condición femenina. Sostenemos esa afirmación a pesar de la insuficiencia de trabajos que en nuestro marco teórico aborden el tema y exploraremos en los capítulos que siguen las nociones y variables que el psicoanálisis ha producido sobre sexualidad femenina para, más adelante, exponer los hallazgos de este trabajo dirigido a indagar modos posibles en que las presentaciones por la vía del tóxico pueden estudiarse teniendo como referencia nociones sobre sexualidad femenina.

CAPÍTULO 2. LA SEXUALIDAD FEMENINA EN EL CAMPO DEL PSICOANÁLISIS.

DE FREUD A LACAN.

Introducción

Para pensar la sexualidad femenina en psicoanálisis hay que remontarse a Freud. En su obra este tema no es un punto de partida, sino que aparece más bien como “un punto de llegada”. En los primeros escritos freudianos sobre el desarrollo psicosexual infantil y el atravesamiento del complejo de Edipo encontramos la idea de un paralelismo entre el desarrollo psicosexual de la niña y el niño, que puede leerse en todos los textos sobre el tema producidos hasta el año 1925. Este paralelismo inicial será más tarde rechazado y Freud modificará al menos parcialmente su teoría del periodo pre-genital femenino. Sucede que Freud, por decirlo de manera coloquial, *descubrió* primero el complejo de Edipo y sólo más tarde distinguió lo que llamará su prehistoria, el período en el cual la madre será tanto para la niña como para el niño un objeto único y privilegiado. Antes había pasado por alto esto, dando por sentado que el complejo de Edipo positivo -en el cual el niño se liga al progenitor del sexo contrario y establece con el de su mismo sexo una relación de rivalidad- se daba de entrada, sosteniendo el paralelismo que, como dijimos, marcó lo escrito sobre el tema hasta el año 1925.

Ahora bien, para la modificación de ese paralelismo el aporte de las psicoanalistas freudianas fue central. Roudinesco y Plon (2008) señalan que el hecho histórico concerniente a las guerras y la introducción de mujeres al

ámbito del pensamiento europeo de la época, generó un diálogo novedoso y productivo entre quienes supieron responder al llamado de Freud³¹ y teorizaron sobre la sexualidad femenina haciéndolo muchas veces en clave autorreferencial, como veremos a continuación.

Algunas de esas mujeres analistas habían pasado el diván freudiano, como Helene Deutsch o Joan Riviere (Roudinesco & Plon, 2008), autoras que, junto a Ernest Jones, serán centrales en el debate sobre la sexualidad femenina que se dio en la comunidad analítica durante la década del 20 y pasada la década del 30 del siglo pasado, lo que constituyó el periodo que Lacan denominó como “la querella del falo”³² (Lacan, 1958/2002a).

Esa larga temporada de discusiones acerca de la sexualidad femenina resulta particularmente interesantes ya que se desarrolla estando Freud vivo y con gran parte de su teoría ya establecida. Razón por la cual es posible rastrear las respuestas, argumentaciones y cuestionamientos que el autor dirige a aquellos colegas que teorizaban también sobre el enigma de la sexualidad femenina.

Como mostraremos a lo largo de este capítulo, algunos de sus discípulos se animaron a cuestionar las afirmaciones freudianas y expusieron, además, sus propias tesis, varias de las cuales serán tomadas para la reformulación posterior que el mismo Freud realizó en su teoría de la sexualidad femenina. Otras en cambio serán tenazmente discutidas, como la

³¹ Freud llamó a los psicoanalistas a hablar de la sexualidad femenina (Gay, 1989).

³² En filosofía se denomina querella a las discusiones intelectuales que se componen de dos posiciones antitéticas. Un ejemplo de ello se dio durante la Edad Media y hasta la Revolución Francesa, cuando se desató un debate literario y académico conocido como *querella des femmes*. Este debate en el que participaron clérigos y laicos surge en defensa de los derechos de la mujer y su capacidad intelectual.

existencia de una libido femenina y el rechazo a ubicar al complejo de castración como primario en la mujer.

La tesis del monismo libidinal, es decir la afirmación de que la libido es una sola y que es masculina, junto a la primacía fálica de la etapa genital formarán, entonces, el núcleo a partir del cual Freud pensará el desarrollo psicosexual tanto del niño como de la niña. Estos dos puntos, las consecuencias que acarrearán y la forma que tomarán en cada sexo, serán postulados mantenidos por Freud hasta el final de su obra, a pesar de las críticas que le fueron dirigidas tanto desde el interior de la comunidad analítica, como por fuera de ella³³.

En consecuencia, en el marco de estas discusiones sobre la sexualidad femenina, la primacía fálica en la etapa genital, el complejo de castración y la envidia del pene, quedarán en el centro del debate. Efectivamente, para Freud, lo femenino se constituirá por efecto de la castración y en la dicotomía macho/hembra, en tanto ella *porta un menos*, siendo el *penisneid* el nombre freudiano a la subjetivación que las mujeres harán de ese no tener. Como veremos, la subjetivación de esa falta inicial no será sin consecuencias y este punto dilemático de la encrucijada sexual femenina será resuelto para Freud por varias vías. Una de éstas será privilegiada y resarcirá a la niña de su falta primordial, constituyéndose en la salida que Freud llama “normal” o “esperable” de la encrucijada edípica: la maternidad, o en otras palabras, la ecuación pene=hijo.

³³ Un ejemplo de estas críticas se halla en el libro de Simone de Bouvier (1949/2017) “El segundo sexo”, que es considerado una referencia obligada en materia de feminismo y en el que la autora dedica un capítulo a la discusión.

En cuanto a Lacan, como mostraremos en el apartado dedicado a sus desarrollos sobre sexualidad femenina, sus ideas sobre este tema no solo se dispersan a lo largo de toda su obra, sino que presentan -al igual que en la obra freudiana- una serie de modificaciones o nuevos modos de lectura. Se trata de lecturas dinámicas y la sexualidad femenina, lejos de ser un tópico aislado, se presenta como una inquietud constante en su obra; en la cual hallaremos -de acuerdo al momento de su obra en el que nos encontremos- diferentes planteos o afirmaciones. En la revisión que nosotros proponemos ubicaremos dos etapas diferenciadas y un periodo intermedio.

La primera etapa se encuentra en lo que suele denominarse como la primera enseñanza de Lacan, época signada por el uso de las herramientas que le provee la lingüística y la antropología estructuralista de mitad del siglo XX. Allí encontramos una serie de formulaciones sobre la sexualidad femenina articuladas a la teoría del falo. Para revisar éstas nos serviremos del seminario IV “La relación de objeto” dictado entre los años 1956-1957, cuya lectura complementaremos con el escrito “La significación del falo” del año 1958 e “Ideas directivas para un congreso sobre sexualidad femenina” pronunciado en 1960. En estos textos veremos que Lacan retoma el debate sobre sexualidad femenina que se había dado al interior del psicoanálisis algunas décadas atrás, ofreciéndonos una lectura propia en la que es posible ubicar al menos dos cuestiones sustanciales. La primera tiene que ver con las consecuencias que acarrea la operación de ubicar la primacía fálica en el registro simbólico; en tanto que el falo no refiere en la obra lacaniana exclusivamente al órgano que lo encarna, sino que será definido aquí como el significante privilegiado de la falta. La segunda cuestión remite al hecho de que, para Lacan, a diferencia de

Freud, el problema de la feminidad no se resuelve por la vía metonímica del “tener”. En este aspecto, sus aportes en torno al postizo, al semblante y la referencia -tomada de la mascarada de Joan Riviere- resultaron centrales. Es preciso aclarar, también, que las referencias lacanianas que tomaremos para revisar este primer momento no presentan una gran distancia temporal o cronológica con las producciones que se enmarcan en el periodo de “las grandes discusiones”³⁴, pero representan -como veremos- una enorme distancia conceptual.

Posteriormente, hemos ubicado como un periodo intermedio, situado a la altura del seminario X “La angustia”, en donde Lacan retoma el problema de la sexualidad, ahora examinándolo más allá del complejo de castración freudiano y a partir de la noción de *objeto a*, con el que repiensa la dialéctica entre deseo, demanda y goce tanto para el sujeto femenino (masculino) como para el sujeto femenino. Encontraremos allí formulaciones que contienen, de alguna manera, el germen de lo que más adelante presentará como las fórmulas de la sexuación y goce femenino; categorías fundamentales para comprender la sexualidad femenina tal como el autor la presenta a la altura de su última enseñanza. Para examinarlas nos serviremos del seminario XX “Aun” dictado entre 1972 y 1973, y el artículo “L’Etourdit” de julio de 1972, que será su antecesor y complemento. En ellos Lacan retoma la cuestión de la sexualidad femenina sirviéndose de las llamadas fórmulas de la sexuación. Si bien en cierta forma la referencia sigue siendo freudiana, en tanto que es el falo simbólico el eje de la cuestión, Lacan reivindica de alguna manera lo femenino y, partiendo de otra lógica, afirmará que la castración no solo no regula todo el

³⁴ Tengamos presente por ejemplo que el libro de Helene Deutsch “La psicología de la mujer” es del año 1945. (Deutsch 1945/1977).

campo del goce, sino que existe además un goce suplementario -diferente- al goce fálico que queda por fuera de lo simbolizable al que, sin embargo, es posible acceder -aunque no todos acceden- y cuya manifestación más clara se presenta bajo la forma de un goce del que algunos místicos han dejado testimonio.

2.A. FREUD Y SUS DISCIPULOS EN EL DEBATE SOBRE LA SEXUALIDAD FEMENINA.

Gracias a la incorporación de toda una generación de mujeres analistas, discípulas y algunas analizantes de Freud, como Sabina Spielrein, Lou Andrea Salomé, Marie Bonaparte, Helene Deutsch y Melanie Klein, entre otras, que hicieron oír su voz no solo recostadas en el diván sino, también, teorizando junto a sus colegas al interior de la comunidad analítica (Roudinesco & Plon, 2008), se produjeron gran parte de las ideas desplegadas en los debates sobre la sexualidad femenina. El puntapié inicial lo marcó Ernest Jones (1927/1967) en el año 1927 cuando cuestionó, en el décimo congreso internacional de psicoanálisis, que el complejo de castración freudiano fuese un complejo primario (Roudinesco & Plon, 2008).

En ese debate, lógicamente, resultarán centrales los escritos producidos por Freud (1993/1991) para tratar de esclarecer un asunto cuya elucidación consideró hasta último momento incompleto y fragmentario. Las tesis freudianas sobre la sexualidad femenina, aparecerán a partir del año 1920, algo tarde en una obra que se inicia a finales del siglo XIX y en la cual se consideró, durante mucho tiempo, que el desarrollo de la niña era análogo al

del niño (Tendlarz, 2013; Gay, 1989; Roudinesco & Plon 2008). En este punto, como señalamos al inicio, el error de Freud había sido pasar por alto el papel que en la organización edípica tendrían las relaciones arcaicas de la niña con la madre (Roudinesco & Plon, 2008). Es decir, el hecho de que en la etapa pre-edípica tanto para el niño como para la niña el único objeto de amor es la madre. Pero Freud supo corregirse y modificó sus afirmaciones iniciales sobre la organización genital infantil, reformulando ese punto crucial de la sexualidad femenina que es la relación de la niña con la madre (Tendlarz, 2013). En ese camino desarrolló una serie de escritos orientados a esclarecer la “oscura” sexualidad femenina, publicados entre los años 1924 y 1932³⁵ cuyos planteos dominaron el debate que Jacques Lacan bautizó años más tarde como la “querrela del falo” (Lacan, 1958/2002a).

En el interior de ese debate es posible distinguir dos grupos con posiciones teóricas contrapuestas. Uno de estos grupos es el que conformaron aquellos analistas que se alinearon a las tesis freudianas y otro es el formado por quienes se apartaron de la línea freudiana, tomaron una posición propia y enfrentaron a su maestro. Dentro del primer grupo se ubican Marie Bonaparte, Helene Deutsch, Jeanne Lampl-De Groot y Ruth Mack-Brunswick. El segundo grupo, por su parte, está integrado por exponentes de la escuela inglesa como Melanie Klein, Josine Muller, Ernest Jones, Karl Abraham y Karen Horney (Tendlarz, 2013; Gay, 1989; Roudinesco & Plon 2008).

En los párrafos siguientes repasaremos las tesis freudianas y las posturas sobre la sexualidad femenina de algunos de los más destacados representantes de ambos grupos.

³⁵ Qué son los presentados en el apartado 2.a.l.

2.a.I. Las tesis freudianas sobre la sexualidad femenina

Cuatro textos freudianos fundamentales sobre la sexualidad femenina

Según lo señala James Strachey en una nota al pie de “Tres ensayos para una teoría sexual” (Freud, 1915/1973), son cuatro los textos fundamentales en los que Freud aborda la sexualidad femenina: 1) “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina” (Freud, 1920/1992); 2) “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica” (Freud, 1925/1992); 3) “Sobre la sexualidad femenina” (Freud, 1931/1992); 4) “La femineidad” (Freud, 1932/1991). A continuación, expondremos algunas claves de lectura de cada uno de ellos.

Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina (1920)

Freud se dedica aquí a indagar el desarrollo psicosexual de una joven cuyo desarrollo edípico había transcurrido inicialmente por carriles “normales”; es decir que se encontraba ligada al padre y abrigaba la esperanza inconsciente de recibir de él un hijo. Este desarrollo, sin embargo, se vio en un punto crucial trastocado dando por resultado una homosexualidad manifiesta cuyo objeto eran una serie de figuras femeninas que representaban subrogados maternos, según Freud pudo corroborar.

En el análisis del caso, la reconstrucción freudiana toma como elementos centrales la ligazón inconsciente a la madre, el complejo de Edipo normal, la envidia del pene y la salida por el complejo de masculinidad. El caso es por demás interesante, ya que permite ver cómo un evento logra modificar

las vías de la satisfacción libidinal, a la vez que muestra cómo operaron el complejo de castración y la salida del complejo de masculinidad en esta nueva vía.

Freud reconstruye la historia de la paciente señalando en ella desde su tierna infancia un “complejo de masculinidad” muy acentuado y el efecto que tuvo en ella la envidia del pene junto a la frustración por un niño que finalmente recibe su madre, cuando ella misma se encontraba a su vez esperando de manera inconsciente recibirlo de su padre. Esta última vivencia empujará a la joven a renunciar no sólo al amor del padre -de quien esperaba recibir ese niño como resarcimiento por la falta de pene- sino que también se extenderá al resto de los hombres. A causa de las características de la sexualidad infantil de la joven y el encuentro con una frustración, la joven se dirigirá a figuras que, de alguna manera, son sustitutos maternos y de las que espera satisfacer su sed de amor cortés. Este resultado es explicado por Freud en parte por el complejo de masculinidad muy acentuado y los efectos que en ella tuvo la envidia del pene durante la etapa fálica. Hacia el final del artículo afirmará que la diferencia entre lo masculino y lo femenino en psicoanálisis debe pensarse en términos de la oposición activo-pasivo, tomando cada vez más distancia de la determinación anatómica como única referencia a la hora de definir la posición sexuada y la elección de objeto que esto conlleva.

El caso resulta paradigmático de las primeras tesis Freudianas de la sexualidad femenina, en cuanto presenta una historia libidinal en dos tiempos y la eficacia que puede tener un acontecimiento cuando se suma a las fuerzas infantiles; resultando en la modificación de un camino que parecía estar determinado y que dirigía a la joven hacia una elección heterosexual.

Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica (1925)

Encontramos en este texto la primera reformulación completa que Freud realiza sobre sus ideas de la sexualidad femenina (Tendlarz, 2013). La reseña de James Strachey al inicio del mismo indica que aquí está contenido el *germen* de toda la labor que posteriormente Freud desarrollará sobre este tema y que es, además, donde expone por primera vez su tesis acerca de la evolución psicosexual de la mujer, tema que continuará desarrollado en dos artículos posteriores.

Luego de abordar la prehistoria del complejo de Edipo en el varón y señalar una serie de puntos que permanecen inexplicados, Freud toma el caso de la niña partiendo de la siguiente pregunta. Si tanto para la niña como para el niño la madre fue el primer objeto: ¿cómo llega la niña a resignarlo y a tomar al padre por objeto? Para resolver esta pregunta recurre a la prehistoria del complejo de Edipo en la niña y hace de la envidia del pene el punto crucial a partir del cual se abre paso al desarrollo psicosexual femenino el complejo de Edipo normal, que le permitirá encaminarse por las vías que la llevan al despliegue de la feminidad, a la ligazón al padre y a celar a la madre devenida rival. Todo esto será una formación secundaria en la niña quien, al igual que el niño, tiene en su madre su primer objeto libidinal.

Esta formación secundaria femenina será posibilitada por el complejo de castración. Los efectos del complejo de castración se enmarcan en la llamada fase fálica³⁶ en donde la niña descubre la inferioridad de su clítoris. En palabras

³⁶ Fase fálica se denomina a la fase de organización infantil de la libido que sigue a la fase oral y a la etapa anal. Esta se caracteriza por la unificación de las pulsiones parciales que ahora estarán al primado

de Freud: “la niña pequeña ha visto eso, sabe que no lo tiene y quiere tenerlo” (1925/1992, p. 271) Ahora se abrirán tres salidas posibles en la niña. La primera será llamada por Freud “complejo de masculinidad” a partir de la que explica que la pequeña conserva la esperanza de recibir alguna vez a pesar de todo un pene, igualándose al varón. Este anhelo puede conservarse hasta épocas tardías y, de no ser superado, deparar grandes dificultades -como desarrolló Freud en el historial que trabajamos en el punto anterior-. Una segunda salida posible para la niña es la desmentida: en ella la niñita se rehúsa a aceptar el hecho de su castración y se mantiene firme en la posición de que tiene un pene, viéndose compelida a comportarse en lo sucesivo como un varón. Por último, una tercera consecuencia de la envidia del pene parece ser la que la lleva al aflojamiento de los vínculos tiernos con la madre, necesario para dirigirse hacia el padre e introducirse en el complejo de Edipo positivo. Será a la madre a quien se termine culpando por la falta del ansiado miembro; en tanto hasta este momento no había estado en juego para ella el complejo de Edipo “normal”, es decir la ligazón al progenitor del sexo contrario y la rivalidad al progenitor del mismo sexo. Pero ahora la libido de la niña se desliza a lo largo de la ecuación simbólica pene=hijo, arribando a una nueva posición, en la cual resigna de alguna manera el deseo de pene para reemplazarlo por el deseo de un hijo y, con ese propósito, tomar al padre como objeto de amor, de quien espera recibir algún día un niño. Paralelamente, la madre pasa a ser para la niña el objeto de los celos y el rencor, deviniendo así en una pequeña mujer.

de los órganos genitales. En esta etapa, a diferencia de lo que acontece tras la pubertad. La niña y el niño no reconocen más que un solo órgano, el masculino. La oposición sexual será aquí la oposición fálico-castrado. El concepto de fase fálica surge tardíamente en la obra de Freud, no aparece explícito hasta 1923

En ese recorrido que llevó al despliegue de la feminidad, el órgano rector se ve modificado, pasando del clítoris a la vagina. Aclaremos que para Freud el clítoris era la zona erógena rectora del período pre-edípico, equivalente al pene del niño. Con el advenimiento del período fálico y la percepción de la propia insuficiencia, el cambio de objeto que acontece se acompaña de un cambio en la zona erógena rectora que pasará a ser la vagina, órgano que Freud considera propiamente femenino y cuya función se anuda a su papel en el período genital y su objetivo en la sexualidad adulta que será recibir el pene y asegurar la continuación de la especie. Este órgano es, además, sólo secundariamente fuente de excitaciones placenteras, punto que será discutido por sus discípulos -como veremos más adelante-.

*La sexualidad femenina (1931)*³⁷

El tercer texto de esta serie es una respuesta de Freud al artículo de Jones (1927/1967) “El desarrollo temprano de la sexualidad femenina”. El padre del psicoanálisis parte de una pregunta que le había quedado pendiente en los artículos anteriores: ¿por qué se desarma el fuerte vínculo que la niña tenía con la madre y se dirige al padre? (Tendlarz, 2013).

Como vimos, Freud había modificado sus ideas sobre la temprana ligazón a la madre en la niña y el movimiento que implicaba su entrada en el complejo de Edipo, resignando su tesis inicial acerca del paralelismo entre niño y niña presente en sus primeros escritos sobre el desarrollo sexual infantil. (Freud, 1925/1992). En parte, este cambio fue el resultado de una serie de discusiones que lo llevaron a modificar sus ideas acerca del vínculo temprano

³⁷ Lacan retoma este texto en el seminario IV del año 1956-1957.

entre madre e hija, tema que revestía de gran oscuridad y al que le supuso una represión “particularmente despiadada” (Freud, 1931/1992).

Dos aspectos serán aquí centrales. El primero es que Freud hace mayor hincapié en la intensidad y en la prolongada duración de la ligazón pre-edípica de la niña con su madre, y el segundo, es que efectúa un examen más profundo “del elemento activo en la actitud de la niña hacia la madre y en la feminidad en general” (Freud, 1931/1992, p. 226).

En este marco, Freud (1931/1992) señala dos mudanzas que tienen que establecerse en la niña y hacen más complicado el desarrollo de su sexualidad que en el niño. En función de eso se preguntará por un lado cómo se logra el cambio hacia el padre, si el primer objeto tanto para ella como para el niño es la madre, y, por otro lado, de qué manera se efectúa la resignación de la zona genital originariamente rectora, el clítoris, por una nueva zona rectora -la vagina-Finalmente, intentará desentrañar cómo se enlazan ambas cuestiones. Tanto la fuerza de esta ligazón a la madre como su tiempo de duración habían sido subestimadas por Freud, quien ahora admite que es posible hallar mujeres que permanecieron atascadas en la ligazón madre originaria y nunca se volcaron hacia el padre.

La niña llegará a la situación edípica normal positiva luego de superar una prehistoria de complejo negativo en la cual el padre es al igual que, en el caso del niño, un rival -aunque la hostilidad hacia él es menor en el caso de la niña que en el caso del niño-³⁸. La vida sexual de la mujer se descompone ahora en dos fases: la primera tiene carácter masculino y la segunda es

³⁸ Freud (1931/1992) dice que el período pre-edípico de ligazón intensa con la madre, le parecía difícil de asir analíticamente porque había sucumbió a una represión despiadada y que además las mujeres que analizó establecieron con él, en el análisis la misma ligazón padre en la que se habían refugiado al salir de esa prehistoria. Señala además que las analistas mujeres Helene Deutsch y Jeanne Lampl-de Groot pudieron percibir ese estado de manera más nítida por ser un sustituto materno en transferencia.

específicamente femenina³⁹. El complejo de castración durante la etapa fálica tendrá una serie de efectos: ella reconoce su castración, su inferioridad y la superioridad masculina. Pero se revuelve contra esa situación y derivan tres orientaciones de desarrollo. La primera lleva al universal extrañamiento respecto de la sexualidad: la niña atemorizada por la comparación con el varón, queda descontenta con su clítoris, renuncia al quehacer fálico y con él a la sexualidad en general, así como a buena parte de su virilidad en otros campos. La segunda se orienta hacia una autoafirmación porfiada, retiene la masculinidad amenazada y la esperanza de tener alguna vez un pene persiste hasta épocas tardías y es elevada a la condición de fin. Este “complejo de masculinidad” de la mujer puede terminar en una elección de objeto homosexual manifiesta. Un tercer desarrollo, que implica sin duda rodeos, desemboca en la configuración femenina que toma al padre como objeto y halla la forma femenina el complejo de Edipo.

Este complejo en la mujer será el resultado final de un desarrollo más prolongado que en el niño, ya que no es destruido por el efecto del complejo de castración, sino que es creado por él (Freud, 1931/ 1992). La fase pre-edípica en la niña tiene más significación que en el niño y determina numerosos aspectos de la vida sexual femenina, así como algunos rasgos que Freud considera típicamente femeninos -como el narcisismo, los celos, el súper yo menos exigente y el masoquismo-. La masturbación clitoidea es, para Freud, el equivalente al quehacer fálico de la niña -masculinidad de la sexualidad femenina- y la excitación clitoriana sufrirá una sofocación, al igual que todos los

³⁹ Freud sostiene que durante muchos años la vagina es como si no estuviese y que sólo en la época de la pubertad proporciona sensaciones. Jones (1927/1967) en uno de sus textos discute esto y señala la existencia de sensaciones vaginales tempranas y menciona a Melanie Klein también como alguien que está en su misma línea.

componentes del período pre-edípico propios de la primera fase de la sexualidad femenina.

En la última sección del texto, Freud señala sus diferencias con Ernest Jones y Karen Horney, a la vez que menciona su cercanía con las ideas de Jeanne Lampl-De Groot, Helene Deutsch y Karl Abraham, autores cuyas tesis revisaremos en los apartados dedicados a recorrer las posturas de los discípulos freudianos.

La feminidad (1932)

Freud define esta conferencia como la muestra de lo que implica un trabajo analítico en detalle. El tema de la feminidad reviste especial interés para él y lo considera el enigma de los hombres de todos los tiempos.

Retoma aquí las tesis psicoanalíticas de la bisexualidad humana, la actividad y pasividad de las metas con las que había caracterizado psicológicamente a lo femenino y lo masculino, en tanto que lo femenino consistiría, para Freud, en la predilección por metas pasivas. Postula, además, que es tarea del psicoanálisis indagar cómo deviene o cómo se desarrolla la mujer a partir de esta disposición bisexual humana inicial, admitiendo en el texto que fue erróneo e inútil asimilar pasividad a feminidad. Reconoce que las analistas mujeres colaboraron a ordenar el tema, principalmente al elaborarlo en los análisis, dándole a la discusión un tono más atractivo cuando empezaron a caracterizar de “parciales” las afirmaciones sobre sexualidad femenina hechas por sus colegas varones, a quienes, a su vez, le reprocharon sus prejuicios.

A pesar de ello, Freud mantendrá la tesis de que hasta el periodo fálico la vagina no juega ningún papel –en tanto es algo no descubierto para ambos sexos- y que en el clítoris y el pene se sitúan los actos onanistas pre-edípicos. Junto a esto, sostendrá que, con la vuelta a la feminidad, el clítoris deberá ceder en todo o en parte a la vagina su sensibilidad y valor, formando una de las dos tareas que la mujer tendrá que resolver, ya que deberá además trocar de objeto, en tanto que la madre es el objeto primero y en la situación edípica normal positiva, es el padre a quien la niña deberá dirigirse. El varón, por el contrario, no necesita más que continuar en la época de la madurez sexual lo que ya había ensayado durante el temprano florecimiento sexual.

Freud mantendrá con firmeza la idea de que el complejo de castración en la mujer es un complejo primario y afirmará que para comprenderlo hay que ponderar la fase de la ligazón madre pre-edípica y detenerse a indagar cómo logra dirigirse hacia el padre. Cambio que ocurrirá por una serie de razones, entre ellas, la imposibilidad de satisfacción característica de la sexualidad infantil y el complejo de castración en la niña, central para Freud en el desarrollo sexual infantil, que se inicia con la visión de los genitales del otro sexo. Cuando la niña nota esto y su significación, se siente perjudicada, cayendo presa de la envidia del pene. La importancia de la envidia del pene es inapelable para Freud, quien rechaza las tesis de aquéllos que postulan que la actitud de la envidia del pene es, en lo esencial, una formación secundaria producida en “oportunidad de posteriores conflictos por vía de regresión a aquella moción de la primera infancia” (Freud 1932/1992, p.116), punto de discusión que abordaremos en el apartado siguiente. Freud sostendrá que,

cuando la niña abandona la masturbación clitoidea, renuncia a una porción de actividad y prevalece la pasividad.

“La vuelta hacia al padre se consuma con ayuda de mociones pulsionales pasivas. Tal oleada de desarrollo allana el terreno a la feminidad” (...) “el deseo con que la niña se vuelve hacia el padre es sin duda, originariamente el deseo del pene que la madre le ha denegado y ahora espera del padre. Sin embargo, la situación femenina solo se establece cuando el deseo del pene se sustituye por el deseo del hijo y entonces, siguiendo una antigua equivalencia simbólica el hijo aparece en el lugar del pene. Con la transferencia del deseo hijo-pene al padre, la niña ingresa al Edipo normal. La hostilidad hacia madre experimenta refuerzos ya que es la rival que recibe aquello que ella anhela” (Freud, 1932/1992, p. 119).

Cambio de objeto y cambio de vía de satisfacción serán solidarios en el camino que Freud considera norma en el desarrollo de la feminidad. En la niña, para quien el complejo de castración prepara al complejo de Edipo -en lugar de destruirlo como es el caso del niño-, este proceso se completa con la sustitución del deseo de poseer un pene por el deseo inconsciente de obtener un niño del padre. Otra cuestión que Freud pone de relieve remite al lugar que en la mujer tendrá el narcisismo, tan importante para él como el masoquismo femenino. Freud insiste en el alto grado de narcisismo en las mujeres quienes – dirá- prefieren ser amadas antes que amar. Este narcisismo será pensado por él como una recompensa tardía por la inferioridad sexual inicial.

Ya al final del texto mencionará que la identificación madre de la mujer permite discernir dos estratos: el pre-edípico, que consiste en la ligazón tierna con la madre y la toma por arquetipo y el posterior derivado del complejo de Edipo que quiere eliminar a la madre y sustituirla junto al padre (Freud, 1932/1992). Siendo éste el camino esperable en el desarrollo edípico femenino freudiano.

2.a.II. Las posturas de los discípulos de Freud en la “querrela del falo”

En el año 1927 Ernest Jones lee en el décimo congreso de la internacional del psicoanálisis su tesis sobre “El desarrollo temprano de la sexualidad femenina”. En esa oportunidad, cuestiona los postulados freudianos sobre el complejo de castración como complejo primario y presenta su propia tesis (Jones, 1927/ 1967), dando el puntapié inicial de una polémica que se extenderá por varios años (Roudinesco & Plon, 2008).

En ese marco general, los analistas freudianos discutirán sobre la primacía de la etapa fálica, su significación en la niña, los efectos del complejo de castración, la envidia del pene, así como también el papel del clítoris y la vagina en la economía libidinal femenina. Se trata de nociones que, como vimos en el apartado anterior, estaban en el centro de las formulaciones freudianas sobre el desarrollo psicosexual femenino y que es posible - siguiendo a Lacan- agrupar en dos líneas. Por un lado, el primer desarrollo de la mujer, y, por otro lado, las consecuencias que en la niña tendrán el complejo de castración y la primacía fálica (Lacan, 1956-57/2013).

Un aspecto interesante de este debate que se extiende por más de 10 años, es la posibilidad de rastrear en algunos de los textos freudianos las respuestas de Freud a las posturas que le eran contrarias, así como también leer las tesis que sus discípulos elaboraron junto a la justificación de sus posturas. El resultado, más allá de las diferencias, es un enorme cúmulo de producción teórica-clínica orientada a esclarecer la sexualidad femenina desde

la perspectiva del psicoanálisis que le era contemporáneo a Freud y que revisaremos a continuación.

En esa discusión, algunos de sus discípulos, tanto de la primera como de la segunda generación, lo acompañaron y apoyaron sus afirmaciones sobre la primacía del falo y el lugar de la envidia del pene en la psicología femenina intentando además ahondar en esos puntos. Entre ellos se destacan Helene Deutsch, Karl Abraham, Otto Fenichel, Joan Riviere y Jeanne Lampl De Groot. Otros psicoanalistas, en cambio, se animaron a enfrentar a su maestro y presentaron sus propias elaboraciones teóricas. Y entre quienes discutieron la tesis freudiana que hacía de la envidia del pene y el complejo de castración algo primario y reivindicaron las sensaciones sexuales vaginales específicas desde el principio, se incluyen a Ernest Jones, Melanie Klein y Karen Horney, tres exponentes de la escuela inglesa (Roudinesco & Plon, 2008; Tendlarz, 2013).

Como veremos, en gran medida la disputa versaba sobre si el complejo de castración y su contracara la envidia del pene era en la mujer un complejo primario o si se trataba de una reacción secundaria en la niña, por lo que, por lo tanto, no estaba justificado elevar al rango de universal, como afirmaba Freud.

Los textos y autores que seleccionamos para reconstruir una parte de este debate, serán aquellos a los que tanto Freud como Lacan hacen referencia cuando abordan el tema. En los párrafos siguientes señalaremos sus posturas, las críticas a las tesis freudianas y sus fundamentos.

*Ernest Jones: El desarrollo temprano de la sexualidad femenina*⁴⁰

Ernest Jones fue un psiquiatra y psicoanalista inglés, nacido en el año 1879. Es considerado el padre fundador del psicoanálisis en Gran Bretaña y un importante difusor de esta doctrina en el mundo. Es, además, quien lanza el gran debate sobre la sexualidad femenina que durante mucho tiempo opuso a la escuela inglesa y a la escuela vienesa (Roudinesco & Plon, 2008).

Jones escribe tres importantes artículos sobre la sexualidad femenina y la discusión en torno a la naturaleza de la fase fálica en la mujer (Tendlarz, 2013). Ellos son “El desarrollo temprano de la sexualidad femenina” de 1927; “La fase fálica” de 1932 y “La sexualidad femenina temprana” del año 1935.

En el primero de la serie y texto al que Lacan (1960/2002b) denomina “artículo inaugural”, Jones advierte que el conocimiento que en ese momento se tenía de las etapas tempranas de la sexualidad femenina permanecía más oscuro que el conocimiento del tema en cuanto a los varones y acuerda con la tesis de Karen Horney (1922/1970)⁴¹ acerca del criterio falo céntrico y prejuicioso generalizado a la hora de abordar el tema.

Jones mantiene el concepto de castración freudiano que parece operar tanto en la mujer como el hombre con su presencia de amenaza, pero que es siempre de naturaleza parcial para la totalidad de la capacidad y del placer sexual. Sugerirá por ello como más pertinente una palabra de origen griego, *afánisis*⁴², con la que designa la posibilidad de extinción total y permanente de

⁴⁰ Freud objeta en su artículo “sobre la sexualidad femenina” de 1932 que la concepción de Jones acerca de que la etapa fálica es una reacción de protección secundaria antes que un estadio de desarrollo aduciendo que no corresponde ni a las constelaciones dinámicas ni temporales.

⁴¹ Ver apartado Karen Horney. El androcentrismo de las teorías en psicoanálisis y las raíces del complejo de castración en las mujeres.

⁴² Lacan retoma esta noción en el seminario IV (1956-57/2013) en un apartado en el que trabaja la castración. Dirá que Jones confunde privación con frustración. Ambos términos junto a la castración serán revisados en este seminario en el cual Lacan señalará la especificidad de cada uno a partir de los registros simbólico, real e imaginario.

toda capacidad y placer sexual (Jones, 1927/1967). Esta afánisis tiende a diferir en los dos sexos, en el hombre se lo concibe en la forma activa de castración y en la mujer aparece bajo el temor de la separación, dando cuenta de la dependencia femenina.

En cuanto a la etapa fálica del desarrollo del niño, la entiende como “esa etapa en la que todo el interés parece relacionarse únicamente con el órgano masculino con prescindencia de los órganos vaginales o pre-vaginales” (Jones, 1927/1967, p. 40). Es considerada por Jones como una forma leve de la identificación con el pene paterno y es de naturaleza esencialmente secundaria y defensiva. Jones sostiene sus afirmaciones a partir del material clínico que obtuvo del análisis de mujeres adultas homosexuales, en quienes la identificación al padre resultaba esencial a la hora de explicar ese tipo de elección de objeto. Esta identificación, para Jones, debe ser considerada como un fenómeno universal, ya que para protegerse del peligro de afánisis, la niña levantaría diversas barreras contra su feminidad, en especial la identificación con el padre -que entiende como una defensa- En este sentido, la niña pasa de la etapa oral-erótica a las etapas de la fellatio y clitoriana y más tarde a la etapa anal erótica. Boca, ano y vagina forman, para él, una serie equivalente al órgano femenino. La representación de los deseos incestuosos trae como consecuencia una regresión a la envidia del pene pre-edípica o autoerótica, como defensa contra dichos deseos. La envidia del pene, que se encuentra indiscutiblemente en la labor clínica, nace para él de esta reacción en el plano aloerótico, representando en esencia la identificación con el padre una negación de la feminidad. Para Jones, entonces, la fase fálica de Freud es en

las niñas una construcción secundaria y defensiva: no es una verdadera etapa del desarrollo, como sí lo es para Freud.

El segundo de los textos que componen esta trilogía sobre el desarrollo de la sexualidad femenina es “La fase fálica”⁴³ de 1932. Allí se propone -como su nombre lo indica- abordar la fase fálica que reconoce como un concepto central en el tema de la sexualidad, pero en el cual los autores del campo freudiano no han llegado a una descripción unívoca y acabada. Tomará, para ello, los puntos de divergencia que aparecen entre sus colegas que teorizan sobre el tema. Jones, pese a las críticas de Freud, ya había postulado en 1927 que la fase fálica era una formación secundaria defensiva. Ahora divide la fase fálica freudiana en dos fases: la fase protofálica y la fase deuterofálica⁴⁴. Esta distinción es, para él más prominente en la niña que en el niño. Señala que cuando sostenía que la fase fálica era en la niña una solución secundaria al conflicto, consideraba por fase fálica lo que ahora comprende como segunda fase en ella. La separación entre la fase protofálica y la deuterofálica estará marcada por el descubrimiento consciente de la diferencia sexual. Reconstruye los argumentos de Karen Horney y de Melanie Klein y coincide con ellas en cuanto a que la situación crucial del Edipo está influida por la temprana relación con la madre. Sigue sosteniendo su afirmación de que la fase fálica “es más un compromiso neurótico que una evolución natural en el desarrollo” (Jones, 1932/1999, p. 9) y propone más bien llamarla “perversión fálica”, resultado de un compromiso neurótico entre libido y ansiedad, es decir, entre los impulsos naturales libidinales y el deseo de eludir la mutilación.

⁴³ En el seminario IV (1956-1957/2013) Lacan hace alusión a este texto para marcar el error de hacer corresponder el falo simbólico al falo imaginario.

⁴⁴ Lacan mencionará en varias oportunidades esta *deuterofalicidad* con la que Jones califica a la mujer, en el seminario X “La Angustia” (1962-1963/2013, p.219) y en “El atolondradicho” (1972/1984 p. 34) por ejemplo señala que esta calificación es exactamente lo contraria a la visión freudiana.

Finalmente, en su artículo “La sexualidad femenina temprana” de 1935⁴⁵, Jones ubica a la sexualidad femenina temprana, como uno de aquellos conceptos que los grupos de la escuela inglesa y la escuela de Viena no habían logrado definir de manera unívoca y libre de objeciones teóricas. La idea de que el concepto no era unívoco ya aparecía en Jones, pero en esta oportunidad señala las posturas divergentes en relación a los conflictos internos que atravesaba el psicoanálisis en la década del 30 con las discusiones entre la escuela inglesa y la escuela vienesa. Continúa insistiendo en rechazar el estatuto de estadio primario del desarrollo psicosexual de la fase fálica y cuestiona también la manera en que los vieneses presentaron el atravesamiento de esta fase y propone llamarla posición fálica. Para los vieneses el atravesamiento de ésta corresponde al período en el que reconocen la femineidad de la niña. Para los londinenses, en cambio, ésta puede ser reconocida tempranamente en un estado más reprimido. La fase deutoerótica es, para el denominado por Jones “grupo londinense”, una defensa contra el ya existente complejo de Edipo.

“La diferencia central entre ambos puntos de vista, que, para la ocasión presente, exagerando, he llamado adrede los de Londres y los de Viena, me parece girar en torno de la cuestión del complejo de Edipo temprano, introducido por la insatisfacción oral. Al encontrarse incapaz de manejar la ansiedad que esto le engendra, la niña huye más o menos temporariamente hacia la fase fálica y luego reanuda su desarrollo normal. Esta opinión me parece más acorde con los hechos verificables e intrínsecamente más probables que considerar la femineidad como el resultado de una experiencia externa (la visión del pene). Según mi parecer, por el contrario, su femineidad se desarrolla progresivamente

⁴⁵ Lacan retoma este texto numerosas veces, y lleva a cabo un comentario minucioso en el Seminario V, “Las formaciones del inconsciente” (1957-58), en “La significación del falo” (1958) y en “Ideas directivas para un Congreso sobre la sexualidad femenina” (1958).

desde las irrupciones de una constitución instintual” (Jones, 1935/1998, p. 7).

Antes de culminar el texto con la pregunta acerca de si una mujer nace o se hace, Jones le responde a la crítica vienesa (que le imputaba descuidar con sus afirmaciones la realidad externa) aduciendo que son las afirmaciones contrarias las que subestiman la doctrina freudiana sobre la importancia de la realidad psíquica.

Karen Horney. El androcentrismo de las teorías en psicoanálisis y las raíces del complejo de castración en las mujeres.

Karen Horney nace en el año 1885 en Hamburgo, Alemania. Logra su título de médica en el año 1913 y se especializa en psiquiatría y psicoanálisis en Berlín donde realiza su primer análisis con Karl Abraham (Roudinesco & Plon, 2008) y, más tarde, un segundo análisis con Hans Sachs. Esta autora es una de las primeras en criticar las tesis freudianas sobre la femineidad (Roudinesco & Plon, 2008; Tendlarz, 2013), al cuestionar que la envidia del pene es la única responsable de las fantasías de castración de las mujeres y al criticar también la tesis del masoquismo femenino como una de las principales características femeninas (Horney, 1922/1970).

La fase de la primacía fálica freudiana, central en esta discusión, es un importante punto de partida de los trabajos de Horney, quien señala que ésta, al igual que otras afirmaciones freudianas sobre la sexualidad femenina, está viciadas de cierta “parcialidad” y que el psicoanálisis, al ser producto de la creación de un genio masculino y una práctica cuyo corpus de conocimiento

fue desarrollado inicialmente en su mayoría por hombres, dio como resultado una psicología que comprendió mejor el desarrollo masculino y la extendió a lo femenino.

Horney -cuyo principal interés era clínico- afirmaba que a partir de su trabajo se encontró con observaciones que contradecían algunas de las tesis freudianas. Señalaba asimismo que, en la descripción de la esencia de la feminidad freudiana, no se hacía más que describir factores culturales, que la autora consideraba fuertemente orientada hacia el hombre, es decir, patriarcales. Para ella -a diferencia del resto de los autores- los factores sociales tenían una gran importancia y consideraba insuficiente abordar los fenómenos sólo desde el punto de vista anatómico y psíquico, como lo hacía el psicoanálisis que le era contemporáneo.

Al final de “Sobre la sexualidad femenina”, Freud (1931/1992) la nombrará y aclarará que sus ideas no se corresponden, subrayando que no debe pasarse por alto que las primeras mociones libidinales poseen una intensidad que se mantiene superior a todas las posteriores. Y la defensa contra la feminidad tan enérgica, le pregunta Freud a Horney, ¿de dónde sacaría su fuerza si no es de la aspiración a la masculinidad que ha hallado su primera expresión en la envidia del pene?

En el contexto de los debates sobre la sexualidad femenina, esta autora produce una serie de ensayos, algunos de los cuales serán celebrados por Lacan (1956-57/2013) quien no obstante le criticará su “posición culturalista” (Tendlarz, 2013). Uno de los artículos de esa serie denominado “Sobre la génesis del complejo de castración en las mujeres” (1922/1970) es, junto al artículo de Karl Abraham (1920/1994) “Manifestaciones del complejo de

castración femenino”, uno de los tres textos a los que alude Freud (1925/1992) en “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica” (Tendlarz, 2013) y el primero de la serie que esta autora -que se animó a desafiar públicamente a Freud- escribe sobre la sexualidad femenina (Gay, 1989). La tesis que plantea en ese ensayo (Horney, 1922/1970), presentado en el séptimo congreso psicoanalítico internacional de Berlín en el mes de septiembre de 1922, es que el complejo de castración es secundario. Cita en sus primeras páginas el texto de Abraham y cuestiona el axioma freudiano que sostiene que “las mujeres se sienten en desventaja a causa de sus órganos genitales” (Horney, 1922/1970, p. 38) poniendo en tela de juicio la afirmación de que la envidia del pene es la única responsable de las fantasías de castración de las mujeres.

La pregunta que se hace la autora, quien reconoce que es posible observar las más variadas consecuencias patológicas del complejo de castración en la vida de las mujeres, es si estas consecuencias están basadas únicamente en la insatisfacción que les causa la envidia del órgano genital masculino o si será esto un pretexto “propuesto por otras fuerzas” (Horney, 1922/1970, p. 38). Aborda la cuestión desde el punto de vista ontogenético para cuestionar la concepción prevaleciente aduciendo que “el complejo de castración en las mujeres está centrado por completo en el complejo de envidia del pene, de hecho, el término complejo de masculinidad es utilizado prácticamente como sinónimo” (Horney, 1922/1970, p. 38)

Como dijimos antes, Horney postula -acompañándose de una serie de casos- que la envidia del pene no es primaria y señala que Karl Abraham

comparte su idea. Para ella el sentido de inferioridad que Freud le atribuye a la mujer no es primario, lo que expresa del siguiente modo:

“El sentido de inferioridad de la niña no es de ningún modo primario (...) pero la niña cree que en comparación con los varones está sujeta a restricciones en lo que respecta a la posibilidad de gratificar a ciertos componentes instintuales que tienen enorme importancia en el periodo pre genital” (Horney, 1922/1970, p. 42).

De esta manera plantea que las formas del complejo de castración que nos encontramos en las mujeres no están basadas únicamente en la envidia del órgano genital masculino, y se propone indagar la cuestión desde un punto de vista ontogenético, tomando para ello el material obtenido con su trabajo con mujeres, a partir del cual señala que es la estrecha relación entre el erotismo uretral y la pulsión escotofílica la que explica en parte la envidia. Sostiene así que “el hombre es objeto de envidia por parte de la mujer debido precisamente a la fácil visibilidad de su órgano” (Horney, 1922/ 1970, p. 40). Pero hay otro factor, más importante, que considera el prototipo de la envidia del pene y que son los deseos onanistas suprimidos. Los niños sostienen su órgano genital mientras orinan, esto será para Horney interpretado como permiso para la masturbación. Así, “las niñas están en desventaja en comparación con los varones respecto de ciertas posibilidades de gratificación” (Horney, 1922/1970, p. 42). Ambos aspectos -escotofilia y deseo onanista suprimidos- serán las desventajas en la gratificación de fundamental importancia en la mujer.

La segunda pregunta que intenta responder la autora es si es la envidia del pene la fuerza última que hay detrás del complejo de castración. A ello responderá que no, argumentando que

“el proceso de identificación con el padre es una de las raíces del complejo de castración en las mujeres (...) siempre encontramos bajo las apariencias totalmente distintas esta fantasía básica de haber sufrido una castración a través de la relación amorosa con el padre. Mis observaciones me convencieron de que esta fantasía, con la que estamos familiarizados en realidad desde hace mucho tiempo en los casos individuales, tiene una importancia tan fundamental y generalizada que me inclino a considerar la segunda raíz de todo el complejo de castración en las mujeres” (Horney, 1922/1970, p. 49-52).

La identificación con el padre será otra de las raíces del complejo de castración en las mujeres, en las que aparece la fantasía de haber sufrido una castración a través de la relación amorosa con el padre, fantasía que es -para Horney- la segunda raíz del complejo de castración en las mujeres.

Jeanne Lampl-De Groot: La mujer completamente femenina.

Jeanne Lampl-De Groot fue una psicoanalista holandesa, discípula y analizante de Freud. Participó en 1927 en el gran debate sobre la sexualidad femenina, defendiendo el monismo libidinal de la escuela vienesa (Roudinesco & Plon, 2008). Freud indicó que gracias a la ayuda de psicoanalistas mujeres como ella, Helene Deutsch y Ruth Mack Brunswick, que se vuelven sustitutos maternos en el dispositivo analítico, pudo captar la existencia de un vínculo exclusivo apasionado e hiperintenso con la madre durante la fase pre-edípica en la niña. (Tendlarz, 2013). Ernest Jones señala en su texto “La sexualidad femenina temprana” de 1935 que es Jeanne Lampl-De Groot quien afirmó por primera vez que la niña debe atravesar una larga situación edípica invertida antes de llegar a la normal. Muchos de los artículos que componen la obra de

esta autora abordan la sexualidad y la feminidad (Roudinesco & Plon, 2008). Freud mismo al final de su artículo “Sobre la sexualidad femenina” fechado en 1931, se declara en acuerdo con los puntos esenciales de su trabajo, en los cuales discierne la identidad de la fase pre-edípica en el varoncito y en la niña. Lo cual se sostiene clínicamente a partir de la observación de la actividad sexual y fálica de la niña hacia la madre, pero le señala una insuficiencia: el hecho de que Lampl-De Groot presenta al extrañamiento de la madre como un mero cambio de objeto y no considera que se consuma bajo los signos de hostilidad.

En su texto “La evolución del complejo de Edipo en las mujeres” del año 1927 Lampl- De Groot retoma la relación entre el complejo de Edipo y el complejo de castración. Menciona que la comprensión de este proceso ha sido más profunda en el hombre que en la mujer a causa de que “estos procesos particulares son más complicados que los análogos en los niños por un lado y por otro lado que la libido en la mujer sufre una represión más intensa”⁴⁶ (Lampl-De Groot, 1927/1967, p. 50), dos cuestiones que también había ubicado Freud y apela al texto freudiano “La declinación del complejo de Edipo” que explicaba la relación entre Edipo y castración en el caso de los niños pero no aclaraba el proceso tal como se daba en la niña, cuestión que será finalmente retomada en el trabajo freudiano del año 1925 “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica”.

En “La evolución del complejo de Edipo en las mujeres” Lampl-De Groot (1927/1967) aborda el destino de los impulsos tempranos en la niña y sostiene que en las niñas el complejo de Edipo es una formación secundaria, introducida

⁴⁶Lampl- De Groot en el texto menciona que Horney opina que hay otro motivo para ello y que es que las observaciones analíticas han sido realizadas por hombres principalmente (Lampl-De Groot, 1927/1967, p.49).

por el complejo de castración, que surge después de que la niña ha tomado conciencia de la diferencia entre los sexos y ha aceptado su propia castración. Retoma la serie de perturbaciones que Freud postuló que podían darse a partir del complejo de castración en las mujeres, cuando ellas niegan la castración y se rehúsan a abandonar su posición masculina, toma el caso freudiano “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina” (1920/1992) y menciona el proceso que considera más común, que es aquel que culmina en la insensibilidad sexual y en la frigidez a causa de la ligazón con la madre intensa que no ha podido ser abandonada.

La mujer completamente femenina es, para Lampl-De Groot (1927/1967), aquella que “no conoce ningún amor objetal en el verdadero sentido de la palabra y solo puede dejarse amar” (p. 58). Freud también situará esta característica femenina en relación al narcisismo que la resarcirá de su falta.

La autora presenta dos casos en los que el vínculo transferencial con una analista mujer favoreció la emergencia de ciertos fenómenos que dan cuenta de esta fase edípica negativa en la mujer y sus consecuencias. Si bien confirma -como lo mencionamos al principio de este apartado- la hipótesis freudiana de que en las mujeres el complejo de Edipo positivo es introducido por el complejo de castración en contradicción con Freud, Lampl-De Groot da por sentado que el complejo de castración es una formación secundaria y que su precursor es la situación edípica negativa. Recordemos que, para Freud, el complejo de castración es primario y el complejo de Edipo en su sentido positivo es una formación secundaria. Contrariamente para esta autora es secundario el complejo de castración y lo fundamental es la fase previa en la

mujer, cuyas consecuencias elabora en el texto. Asimismo, señala que es sólo del vínculo previo con la madre que el complejo de castración recibe su gran significación psíquica y que, además, es esa fase previa negativa del Edipo la que nos permite explicar muchas de las particularidades que se encuentran en la vida mental de las mujeres.

Al igual que los varones, las niñas al alcanzar la etapa fálica ingresan a la situación edípica; la cual para la niña es negativa y en donde quiere conquistar a la madre y tiene al padre por rival. Hasta este momento la observación casual de la diferencia entre los sexos pudo haber sido inocua para la niña, sin embargo, descubre que el genital del varón es más grande y visible que el suyo y que el niño puede usarlo activamente para orinar. Al advertir que su órgano es inferior, imagina que en otro tiempo fue igual al del varón y que le fue quitado como castigo por su prohibido deseo respecto a su madre. La aceptación de la castración tiene idénticas consecuencias en la niña y en el niño: en ambos se trata de un golpe al narcisismo. Sin embargo, lo que para el niño es una amenaza -de la que puede escapar renunciando a su primer objeto amoroso- para la niña es un hecho consumado, cuyo reconocimiento la obliga a renunciar a su objeto de amor primordial y a abandonar la tendencia activa como asimismo a la práctica del onanismo clitoridiano. La castración será para la autora un castigo por las fantasías prohibidas con la madre y en el centro de la conflictiva se encuentra el vínculo niño-madre temprano del período pre-edípico.

Helene Deutsch. La psicología de la mujer.

Helene Deutsch nació en el año 1884 y falleció en el año 1982. Fue una médica psiquiatra y psicoanalista nacida en Przemysl, Polonia. Esta mujer, cuarta y última hija de una familia burguesa judía, fue una de las discípulas más queridas de Freud con quien inició un análisis durante un año (1918), que se interrumpió a pedido del propio psicoanalista (Roudinesco & Plon, 2008). Deutsch es considerada una de las pioneras en el estudio de la mujer desde la perspectiva psicoanalítica (Reyes Vallejos, 2002). Al dedicarse a la labor clínica en importantes centros de atención, tuvo la oportunidad de dirigir un servicio para mujeres, hecho que la dotó de una enorme experiencia y de gran diversidad de material clínico.

Tal como ella misma afirma en el prefacio de la que fuera su obra más destacada “La psicología de la mujer” (1944/1977), desde el inicio de su trabajo, sus investigaciones se centraron en los problemas de la psicología femenina. Deutsch, fue contemporánea a otras destacadas mujeres del psicoanálisis como Joan Riviere, Melanie Klein, Anna Freud, Karen Horney y Jeanne Lampl-De Groot, quienes también sentaron su posición en torno a la sexualidad femenina temprana y sus consecuencias.

Su perspectiva intenta, de alguna manera, superar el falocentrismo freudiano. Pone el acento en la influencia de la figura materna alejándose en este punto de la línea freudiana al padre y sostiene la premisa de que la envidia del pene, resultante de la constatación de la ausencia de órgano visible en la niña, no es un factor primario sino secundario. No será esta la única disidencia entre Deutsch y su maestro. Si bien toma como punto de referencia la mayor parte de las afirmaciones freudianas, se permite disentir con él proponiendo una serie de modificaciones, cuestionando por ejemplo que las fases pre

genitales son las mismas en los niños que en las niñas, y afirmando la importancia en los desarrollos posteriores de lo que la autora llama *primera pubertad* y el lugar de la envidia del pene en el desarrollo psicosexual femenino, entre otros puntos.

A pesar de ello, se trata de una autora algo ambigua que bien puede ser ubicada del lado de Freud en los periodos de las grandes discusiones sobre la sexualidad femenina, pero tras una lectura atenta más bien parece *quedar* del lado de Jones y Horney, que –como vimos- sostenían que la envidia del pene no era un factor primario. Sin embargo, la posición de esta autora en torno a los conceptos de envidia del pene y complejo de castración y su lugar en el desarrollo de la psicología femenina han sido considerados por algunos autores (Tendlarz, 2013; Roudinesco & Plon, 2008) en la línea freudiana junto a Lampl-De Groot. Otros, como Reyes Vallejo (2002) sostienen que con sus tesis logra superar el falocentrismo freudiano. Lo cierto es que el mismo Freud la nombra en una nota al pie de página del texto “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” publicado en el año 1925, señalando allí que los aportes sobre el complejo de masculinidad y el de castración en la mujer de Helene Deutsch (1925), de Karl Abraham (1921) y de Karen Horney (1923) son, además de valiosos, cercanos a su exposición sobre el mismo tema. De todos modos, el padre del psicoanálisis aclara que ninguno de ellos coincide con su punto de vista “enteramente” y justifica la escritura del mismo texto en el que los nombra, a modo de respuesta o de toma de posición frente a ellos (Freud, 1925/ 1992).

A continuación, retomaremos algunas de las tesis de “La psicología de la mujer” (Deutsch, 1944/1977) sobre la sexualidad femenina, la envidia del pene

y el complejo de castración. Ese libro, considerado su obra maestra (Roudinesco & Plon, 2008) es el resultado y la condensación de las ideas que la autora iría desarrollando a partir de su primer libro “Psicoanálisis de las funciones sexuales de la mujer” publicado en 1924.

- *La mujer femenina y el trauma genital*

La tendencia masoquista⁴⁷ y la pasividad formarán el núcleo de lo que Deutsch llamará *mujer femenina*, equivalente al “tipo normal” de mujer. Describirá tres “tipos de mujer femenina” en las que es posible ubicar al tipo activo y al tipo pasivo. Cada uno de estos tres tipos será descrito en función de una serie de rasgos distintivos resultantes del interjuego entre el narcisismo y el funcionamiento de la pasividad y el masoquismo. Estos aspectos serán para la autora condición de un logrado erotismo femenino.

Para ella la femineidad está ampliamente asociada con la pasividad y el masoquismo. Esta pasividad será -además del atributo central de la femineidad- lo que dará origen al complejo de masculinidad.

“No hay duda de que la envidia del pene existe en la psique de las mujeres y que tiene gran influencia sobre el desarrollo de su personalidad. Pero la teoría que hace de la envidia del pene la base de sus conflictos más esenciales es insostenible. La envidia al pene es generalmente atribuida a la relación experimentada por la muchacha pequeña cuando ve el órgano masculino. Incluso a priori parece improbable que un trauma de origen externo y accidental desempeñe un papel fundamental en la formación de la personalidad femenina (...) La envidia al pene no es un factor primario, sino secundario; es esencialmente debida no a fenómenos externos sino a fenómenos internos, y si no nos hemos dado cuenta de esto antes ha sido porque

⁴⁷ La autora se refiere al masoquismo femenino, al cual diferencia siguiendo la línea freudiana del masoquismo moral y del masoquismo perverso.

hemos tomado la racionalización del trauma genital por el trauma mismo” (Deutsch, 1944/1977, p. 212).

A partir de esta postulación, la autora señala que, para comprender la pasividad tan característica de lo femenino, hay que indagar el desarrollo de sus instintos sexuales y de su yo. La pasividad es para Deutsch una consecuencia del “desarrollo instintivo” de la muchacha, en tanto está determinada por su anatomía. Al llegar a la etapa fálica, las muchachas, como consecuencia de su creciente incitación genital, necesitan un órgano en el que pueda concentrarse esa excitación. Es el clítoris la única parte de su aparato genital disponible para servir a ese propósito; y sin embargo las cualidades propias de ese órgano le hacen imposible alcanzar su objetivo. Esta incapacidad del órgano para satisfacer los impulsos sexuales tiene consecuencias y estos impulsos que necesitan de un órgano activo quedan suspendidos. Deutsch considera que esa “insuficiencia anatómica” puede ser considerada como una causa biológica y fisiología de las diferencias sexuales psicológicas; tratándose de un fenómeno normal con consecuencias cuyo camino llevará a la muchacha al ulterior desarrollo de la feminidad. Este camino muchas veces es *tortuoso* y puede dar lugar tanto al desarrollo femenino *normal* como al complejo de castración femenino que la autora sostiene es una consecuencia posible del intento de vencer la inhibición a la que la lleva la insuficiencia de su órgano.

Por su parte, en la línea del *desarrollo femenino normal*, la actividad inhibida gira hacia la pasividad y el lugar del órgano activo es ocupado por otro órgano, activo y receptivo: la vagina en un proceso que se producirá más tarde. Entre el giro hacia la pasividad y la completa eficacia de la vagina media un

largo período durante el cual la muchacha no dispone de ese órgano, en el sentido de que no puede hacer un uso erótico del mismo. La muchacha se enfrentará ahí por segunda vez con una falta de órgano. Al principio carecía de un órgano activo y ahora carece de un órgano pasivo. Estos dos acontecimientos asociados producen lo que Deutsch (1944/1977) llama “el trauma genital”. Para ella las consecuencias del primer acontecimiento pueden ser las manifestaciones del complejo de castración.

No se trata para ella de que a las mujeres les falta un pene, sino que el comienzo de esos sentimientos de inferioridad y de las quejas por la falta de un órgano, tienen un origen real durante el período del desarrollo biológico, en el cual la insuficiencia de un órgano conduce a una transformación constitucionalmente predeterminada de las tendencias activas en pasivas. (Deutsch, 1949/1977). La envidia del pene es una de las formas en las que se manifiesta el trauma. El descubrimiento de la muchacha de la diferencia anatómica con los niños es la confirmación de una falta que ya sentía.

Recapitulando, para Deutsch la envidia del pene no tiene el lugar que Freud le atribuye. La diferencia anatómica solo adquiere significación en la fase del desarrollo en que sus genitales (su clítoris) adquieren importancia funcional, independientemente de la observación del órgano masculino. La envidia del pene será para ella un factor secundario, proponiendo como primario a un hecho que acontece en la llamada “fase clitoridea” y que denominó “el trauma genital”.

Joan Riviere: La mascarada como solución al penisneid.

Joan Riviere fue una psicoanalista inglesa, nacida en el año 1883, que realizó un análisis con Jones y posteriormente otro con Freud. En 1929, en el marco de las grandes discusiones sobre la sexualidad femenina, redacta un artículo sobre la feminidad (Roudinesco & Plon, 2008). En este texto llamado “La feminidad como máscara”⁴⁸ Riviere (1929/2007) -según afirma Tendlarz (2013)- retoma su propia historia y la vuelve un caso clínico.

En ese artículo retoma la clasificación propuesta por Ernest Jones (1927/1967) a través de la cual, el autor distingue en el desarrollo femenino la forma heterosexual y la forma homosexual. Al interior del desarrollo homosexual establece dos tipos: 1) las mujeres que conservan su interés por los hombres, pero que se esfuerzan por hacerse aceptar por ellos como siendo de los suyos; y 2) las que tienen poco o ningún interés por los hombres, pero cuya libido está centrada en las mujeres. Nuestra autora se sirve de esta distinción y abordará lo que denomina un “tipo intermedio” que se acerca en algunos aspectos al tipo 1 de Jones y nos presenta un caso con el que se propone “demostrar que las mujeres que aspiran a la masculinidad pueden adoptar la máscara de la feminidad para evitar la angustia y las represalias que temen de los hombres” (Riviere, 1929/ 2007, p.219) y hacer así su aporte al entendimiento de la psicología femenina.

Relata un caso propio y describe a una mujer que en palabras de Riviere, cumple “todos los criterios del desarrollo femenino completo” (1929/2007, p.220), ya que no presenta conflictos en su vida amorosa, laboral, ni en el plano de las relaciones sociales. No obstante, ante esta aparente perfección, ciertas reacciones de las que la paciente se queja delimitan un peculiar síntoma. Esta mujer que se dedicaba a una actividad profesional que

⁴⁸ Lacan lo retoma en el seminario V “Las formaciones del inconsciente” (1957-1958/2015).

requería que exponga su palabra en público, se angustiaba luego de sus ponencias, llegando a mortificarse con preguntas acerca de su desempeño y mostrando una enorme necesidad de “afirmación”. Específicamente, buscaba dos tipos de afirmación: una directa, a la que accedía a partir de cumplidos, y en una línea más indirecta, intentaba obtener esa afirmación a partir de incentivar de alguna manera el interés sexual en hombres que la habían oído. La analista descubre en estos hombres sustitutos de figuras paternas y en aquella coquetería “compulsiva” un modo de defensa a la angustia que funcionaba haciendo uso de “la feminidad como máscara”. En otras palabras, para Riviere la paciente se ponía a “salvo” de la angustia disfrazándose de alguien inocente e inofensivo y la feminidad era usada como máscara para ocultar su posesión de masculinidad y evitar represalias.

Esta paciente según Riviere (1929/2007), presentaba “manifestaciones típicas del complejo de castración” (p. 228) ⁴⁹ y para dar cuenta de esto “esboza el desarrollo temprano de la libido en la paciente” (p. 228), subrayando la importancia de la relación pre-edípica con la madre en una definición con claras referencias kleinianas. Al mismo tiempo, registra el papel del padre en los deseos orales sádicos que dominaban a esa paciente durante su infancia y que son en la edad adulta una exteriorización.

Si bien la autora ubica a la conflictiva edípica no resuelta en el centro del problema, lo interesante del artículo es que fue escrito en el medio del debate sobre la sexualidad femenina que hemos ido recorriendo, razón por la cual se encontraban asentadas tanto las ideas de Freud, como sus diferencias con Jones, Horney y varios de los que trabajaron el tema en profundidad. Teniendo

⁴⁹ Menciona a Karen Horney al decir que ella fue una de las primeras en señalar las causas de este complejo en la situación edípica.

en cuenta eso, en una apuesta de alguna manera novedosa Riviere lee la femineidad sin centrarse en el interjuego entre anatomía biológica, pulsión y funcionamiento del aparato psíquico. Nociones que los freudianos venían trabajando. Al afirmar que máscara y femineidad genuina son, a fin de cuentas, la misma cosa, en tanto no existiría una línea que las diferencie y considerar que esta máscara existe “hasta en la mujer más homosexual” (p.221). Lo femenino queda definido para la autora por ese mismo recurso a la máscara y sostiene su afirmación a partir de una serie de relatos en los que las mujeres afirman estar “representando un papel” (p.222).

2.a.III. A modo de cierre

La revisión que presentamos nos permitió recorrer las posturas que tanto Freud como sus discípulos tomaron durante el periodo que Lacan denominó “La querrela del falo”. Éstas giraron en torno a dos ejes: el primer desarrollo en la mujer, por un lado, y el lugar del complejo de castración y la envidia del pene en el desarrollo psicosexual femenino, por el otro.

Si bien en este debate (a excepción de la posición de Horney) la consistencia de las categorías freudianas no estuvo en discusión, sí fueron discutidos tenazmente sus alcances, sus efectos y el lugar que ocuparán en el desarrollo femenino. Más allá de que la posición de cada uno de las/os autoras/es sea cercana o no a la de Freud, en líneas generales todos sostienen una idea de evolución lineal en fases evolutivas precisas que llevarían hacia una femineidad que era considerada esperable.

Deutsch (1949/1977), por ejemplo, sostuvo esa idea de evolución lineal en una serie de fases evolutivas propuestas por ella y asentó sus afirmaciones

como muchos de sus colegas en una clara referencia biologicista. Resultando de ello la feminidad como realización de un estado evolutivo, consecuencia del “giro” de fuerzas activo agresivas. Sin embargo, como vimos, sus definiciones terminaron siendo caracterológicas o para decirlo en otras palabras, Deutsch se terminará “confundiendo con el paisaje” suponiendo en sus afirmaciones un tipo *normal* de mujer que parece describir más a la mujer de la época que le es contemporánea; a veces en clave autorreferencial (Roudinesco & Plon, 2008; Tendlarz, 2013). La variedad que presenta lleva a la misma autora a advertir al lector acerca de la labilidad de los límites en cada una de sus construcciones en las cuales advertirá sobre la inexistencia de tipos puros, ya que en cada uno de estos tipos es posible encontrar también rasgos de otros tipos, algunas veces opuestos. (Deutsch, 1944/1977)⁵⁰.

Lo mismo le sucede a Jones, quien en su intento de definir lo femenino, ubica una serie de características que reconoce no pueden universalizarse y que parecen más bien describir un catálogo de comportamientos o una suma de rasgos caracterológicos más o menos frecuentes que terminan siendo en todos los casos endeble en sus fronteras. En definitiva la escasez de “tipos puros” que los autores reconocen, es también el punto al que se llega cuando se busca definir lo femenino a partir de las máscaras en las que puede presentarse, algunas de ellas más insistentes que otras y más acordes o no al ideal de la época, terminan forzando el establecimiento de una pseudo regularidad que como vimos termina por diluirse.

En este sentido, de alguna manera el artículo de Riviere (1929/2007) “La feminidad como máscara” presenta una lectura de la feminidad que toma distancia de sus contemporáneos y que nos introduce en la lectura de lo

⁵⁰ Algo similar ocurrirá con su texto “Las personalidades como si”.

femenino a partir de un nuevo registro, el de la movilidad propia del registro especular. La máscara, dice la autora, “puede ser asumida y usada” (p.221) al modo de una herramienta u objeto y adopta diversas formas, y puede llegar a desgastarse y modificar lo que se muestra. Dirá Riviere, además, que las mujeres están más advertidas que los hombres de ellas⁵¹. La característica de la feminidad no se establece, para la autora, en relación al complejo de castración o a la envidia del pene, sino a partir de esa posibilidad de usar máscaras y ser de alguna manera otro, pero para sí misma. Esa observación que dio título al texto de Riviere, ocupará décadas más tarde un lugar en las tesis lacanianas sobre la sexualidad femenina como veremos a continuación.

2.B. LA SEXUALIDAD FEMENINA EN LOS DESARROLLOS LACANIANOS

Introducción

Lacan lamentaba que el debate sobre la sexualidad femenina, que recorrimos en el apartado anterior, se hubiera cerrado tan temprano. Si bien culminó alrededor del año 1934, sus ecos se extendieron por varios años y, según afirma Laurent (1999) en ningún otro ámbito como en el de la sexuación, serán tan claras las diferencias entre el maestro francés y Freud.

Lacan ubica la pregunta sobre lo femenino de manera diferente a como lo hiciera Freud (Laurent, 1999) pero paradójicamente es también, en este tema, profundamente freudiano. Recordemos que Freud había caracterizado lo femenino a partir del no tener y situaba la solución al *penisneid* por la vía fálica,

⁵¹ Similar a la afirmación de Miller (1994) en el libro “De mujeres y semblantes” cuando dice que las mujeres de alguna manera están más advertidas del juego de semblantes que el hombre, y lo ilustra con la lectura de Queneau “Zazie en el metro”.

privilegiando el lugar que la maternidad tendría en la economía psíquica femenina, en la cual la ecuación niño=falo era considerada la entrada esperable de la encrucijada edípica, ligando la niña al padre y a su madre en la posición de rival.

Ahora bien, al igual que en los desarrollos freudianos⁵², es posible distinguir dos momentos o dos etapas en las formulaciones lacanianas sobre la sexualidad femenina (Soler, 2015). El primero es el que corresponde al período que cronológicamente se ubica entre los años 1956 y 1960, Cuando el estructuralismo orientó la lectura que nuestro autor se propuso hacer de la obra Freudiana. Un segundo momento es aquel que propicia la introducción de las fórmulas de la sexuación, entrada la década del 70 del siglo XX. Entre estos dos momentos nosotros ubicamos un periodo intermedio, a la altura del seminario X “La angustia” dictado entre el año 1962 y 1963, en el que Lacan retoma el problema de la sexuación contando ahora con la noción de *objeto a* y aborda el problema del deseo y el goce en el hombre y en la mujer, abriendo paso a lo que desarrollará en su última enseñanza.

En lo correspondiente al primer momento de formulaciones sobre la sexualidad femenina, a lo largo de estas páginas será abordado a partir de tres fuentes: la primera, el Seminario IV “La relación de objeto” (1956-1957/2013); la segunda, el escrito “La significación del falo” (1958/2002a) y, por último, “Ideas directivas para un congreso sobre sexualidad femenina”, leído en el año 1960 pero cuya escritura corresponde al año 1958. (1960/2002b)

⁵²Un primer momento como aquel en el que se desconocía la prehistoria edípica y que se postulaba un paralelismo entre niño y niña y un segundo momento en el cual se introduce la ligazón madre primordial y el camino por el cual tanto el niño como la niña se vinculan con el sexo contrario y posicionan al progenitor del mismo sexo como su rival. Para más detalle remitirse al capítulo 2. “La sexualidad femenina en el campo del psicoanálisis. de Freud a Lacan”.

En cuanto al periodo intermedio que señalamos párrafos atrás y la segunda etapa de desarrollos lacanianos sobre la sexualidad femenina, veremos cómo en ellos se abre una dimensión novedosa. La supuesta negatividad que se planteaba inicialmente será pensada ahora como una propiedad del órgano masculino de manera exclusiva, ubicando a la mujer en una relación de superioridad en cuanto al goce ya que ella no pierde nada y en cuanto al deseo mantiene una relación más directa con el deseo del Otro, sin la mediación del

–φ. Estas ideas, de alguna manera, esbozan lo que formalizará en su última enseñanza con las fórmulas de la sexuación y que exploraremos a partir del “L’Etourdit” del año 1972 y el seminario “Aún” dictado entre 1972 y 1973. Por último, para cerrar este capítulo, retomaremos una serie de nociones que se encuentran íntimamente vinculadas a la feminidad y que serán también utilizadas a la hora del abordaje del material clínico.

2.b.I. El falo simbólico como ordenador de la sexualidad en la primera enseñanza de Lacan

Tanto en el seminario IV (1956-57/ 2013) como en el escrito “La significación del falo” (1958/2002a) Lacan hace del falo y la castración el punto central de su lectura de la estructuración subjetiva, sintomática y la regulación que da lugar a la posición sexuada del sujeto, a partir de la cual éste se identifica al tipo ideal de su sexo y responde a las necesidades de su partenaire.

En el ser humano la posición sexuada al no estar dada de entrada deberá ser asumida simbólicamente. A la pregunta de ¿cómo asume el hombre su sexo? Lacan (1958/2002a) responde en parte como lo hizo Freud y diciendo que el ser humano asume su sexo a través de una amenaza o bajo una privación. Sin embargo, su lectura retoma, a partir del falo simbólico, una serie de cuestiones sobre la sexualidad femenina que considera aún oscuras⁵³ y que giran principalmente alrededor del fantasma de la madre fálica, la introducción de la niña en el complejo de Edipo y la eficacia de la amenaza de castración.

En este punto Lacan se remite a las tesis que produjeron Deutsch, Horney y Jones entre los años 1928 y 1932 –presentadas en el apartado anterior- autores/as que ubica como los más destacados en el debate sobre la sexualidad femenina y retoma la discusión, pero esta vez examinada con los elementos que le provee la línea de trabajo que había iniciado siete años atrás, es decir, la lectura de la obra freudiana a la luz de la teoría del significante. Remarcando que la relación humana entre los sexos se funda de acuerdo a una relación simbólica, en la cual el falo ocupa un lugar primordial.

“el falo en la doctrina freudiana no es una fantasía, si hay que entender por ello un efecto imaginario. No es tampoco un objeto (parcial, interno, bueno, malo etc...) en la medida en que este término tiende a apreciar la realidad interesada en una relación. Menos aún es el órgano, pene o clítoris, que simboliza” (Lacan, 1958/2002 a, p. 657).

El falo será para Lacan el significante al que apunta el deseo y en la dialéctica entre la demanda y el deseo nos muestra de qué manera participa simbólicamente. Si el deseo de la madre es el falo, el niño dice Lacan, querrá ser el falo para satisfacerla. Esto tendrá consecuencias en la estructuración del

⁵³ En tanto que se trataba de fenómenos relacionados con la sexualidad femenina pero que aún no habían hallado una clara explicación.

sujeto y abrirá una serie de indicaciones en la dirección de la cura. Este aspecto, y en particular el modo en que los posts freudianos llevaban adelante sus curas, venía siendo duramente cuestionados por Lacan.

Ahora bien, la falta femenina de la que ya había hablado Freud adquirió en la lectura lacaniana otro estatuto, si nos remitimos al lugar que el falo simbólico tendrá entre ella, el niño y el padre. En sus palabras:

“todo progreso que puede conocer la relación aparentemente dual del niño con la madre se encuentra en efecto, marcado por el elemento esencial confirmado por la experiencia de análisis con sujetos femeninos, y es el punto de referencia, eje que Freud mantuvo con firmeza hasta el final en lo concerniente a la sexualidad femenina-el niño no interviene sino como sustituto, como compensación, en suma, en una referencia, sea cual sea, a lo que le falta esencialmente a la mujer. Por eso no está nunca completamente solo con la madre. La madre se sitúa como marcada por la falta fundamental que ella misma trata de colmar y con respecto a la cual el niño le aporta tan solo una satisfacción que podemos llamar, provisionalmente sustitutiva” (Lacan, 1956-57/2013, p. 242-243).

Se trata de saber cuál es la función del niño para esa madre, con respecto al falo como objeto de su deseo y las consecuencias que esto podrá tener si el niño es metáfora del amor al padre o metonimia del deseo de un falo que no tiene y no tendrá nunca⁵⁴. Lacan indaga la entrada del niño en la dialéctica fálica de la madre y las consecuencias que tiene el que a la madre, a su vez, le falte ese falo y cómo se juega en la asunción de la posición sexual.

En la fase fálica de la organización genital, en el sujeto infantil masculino o femenino, no está aún articulada la realización plena de lo genital, ya que

⁵⁴ La lectura lacaniana de la fobia de Juanito que Lacan efectúa en el seminario IV (1956-57/ 2013) se ordena de alguna manera a partir de esta pregunta.

permanece el falo como elemento fantasmático predominante. En virtud de ello el mundo se dividirá para el sujeto en dos tipos de seres: los que tienen el falo y los castrados. (Lacan, 1956-57/2013). El falo será el elemento imaginario a través del cual se introduce la simbólica del don en el plano genital. (Lacan, 1956-57/2013). Maduración genital y simbólica del don son, para Lacan, cosas muy distintas pero íntimamente vinculadas e intervinientes en el intercambio humano. Las mujeres serán para Lacan objetos de intercambio, de intercambio del falo que reciben simbólicamente del padre y del cual darán a cambio un hijo que tomará la función de sustituto o equivalente al falo (Lacan, 1956-57/ 2013). El falo siempre estará más allá de toda relación entre el hombre y la mujer.

En este sentido, para dar cuenta de la función del padre como donador, Lacan retoma los casos de Dora y el de la joven homosexual, señalando que se componen de los mismos términos. Plantea que estos casos freudianos nos permiten entender en qué consiste la función del padre en relación a la falta de objeto que hace entrar a la niña en el Edipo. La madre, por su parte, interviene en otro registro, pero, como dijimos, es el padre quien da simbólicamente el objeto faltante. En el caso Dora, el padre no da porque no tiene: es impotente.

El falo no tendrá el mismo valor para quien lo posea como para quien no lo posea. El niño hembra se introduce en la simbólica del don en cuanto que no posee el falo, ella falicisa la situación y, no teniendo, entra en el complejo de Edipo. El niño macho, por su parte, sale por miedo a perderlo y al final del complejo de Edipo es necesario que haga don de lo que tiene (Lacan, 1956-57/ 2013). El niño hembra entrará con ese menos en el Edipo, eso que no tiene debe encontrarlo justamente en el complejo de Edipo por la vía paterna. La mujer no lo tiene, pero -afirmará Lacan- no tenerlo es “participar de él a título

de ausencia, así es tenerlo de algún modo” (Lacan, 1956-57/2013, p 155). Porque la niña no tiene el falo en el plano simbólico, entra en la dialéctica simbólica de tener o no el falo y es así como ingresa en la relación ordenada y simbolizada que es la diferenciación de los sexos.

Las relaciones entre los sexos, partiendo de la función del falo, giran en torno al ser y al tener, que por referirse a un significante el falo, tiene el efecto de dar por una parte realidad al sujeto en ese significante.

“Es para ser el falo, es decir el significante del deseo del Otro, para lo que la mujer va a rechazar una parte esencial de la femineidad, concretamente todos sus atributos en la mascarada. Es por lo que no es por lo que pretende ser deseada al mismo tiempo que amada. Pero el significante de su deseo propio lo encuentra en el cuerpo de aquel a quien se dirige su demanda de amor. Sin duda no hay que olvidar que por esta función significativa, el órgano que queda revestido de ella toma valor de fetiche. Pero el resultado para la mujer sigue siendo que convergen sobre el mismo objeto una experiencia de amor que como tal la priva de lo que da y un deseo que encuentra en su significante” (Lacan, 1958/2002a, p. 661).

La convergencia resultante entre amor y deseo en un mismo objeto es uno de los resultados de la dialéctica fálica en quien no posee. Por el contrario, en quien posee el falo -o sea el niño- esa dialéctica engendra otros efectos. Efectos que Freud ya había ubicado en el rebajamiento del objeto amoroso.

“Si el hombre encuentra en efecto cómo satisfacer su demanda de amor en la relación con la mujer en la medida en que el significante del falo la constituye ciertamente como dando en el amor lo que no tiene, inversamente su propio deseo del falo hará surgir su significante en su divergencia remanente hacia “otra mujer” que puede significar ese falo a títulos diversos, ya sea como virgen, ya sea como prostituta” (Lacan, 1958/2002a, p. 662).

Finalmente, el texto “Ideas directivas para un congreso de sexualidad femenina” (1960/ 2002b) ubicado en la misma línea teórica que el seminario IV (1956-57/ 2013) y el escrito “La significación del falo” (1958/2002a), condensa lo dicho en aquéllos, pero presenta al menos dos cuestiones novedosas.

“Ideas directivas para un congreso de sexualidad femenina” fue leído en 1960 en el Coloquio internacional de psicoanálisis que se celebró en Ámsterdam, pero fue escrito dos años antes junto a “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” (Lacan, 1957-58/2002a) texto en el cual Lacan generaliza lo que enuncia aquí (Laurent, 1999). El artículo es, según afirman Roudinesco & Plon (2008) una elaboración de ideas sobre la tesis monista (libido masculina) freudiana, tema que Lacan retoma motivado por la publicación en Francia del Libro de Simone de Beauvoir (1949/2017) “El segundo sexo” Lacan se detiene en una serie de aspectos que considera equívocos y señala además ciertas inconsistencias en las líneas fundamentales de aquello que Freud y los post freudianos ubicaron en el centro del debate sobre la sexualidad femenina, que ya venía trabajando en el seminario IV (1956-57/ 2013), mencionando también al masoquismo femenino freudiano y cuestionando el lugar que le habían dado en la feminidad.

Hasta ahora, en el recorrido que realizamos por las líneas freudianas y post freudianas sobre la sexualidad femenina, no hemos reparado en el masoquismo femenino; aspecto que fue considerado como característico de la mujer para Freud⁵⁵ y que fue introducido en el psicoanálisis después del análisis de su hija Anna. La supuesta disposición femenina a tolerar bien el dolor, fue diferenciada por Freud del masoquismo erótico perverso y del

⁵⁵ Este rasgo fue central también para Helene Deutsch que sigue la línea freudiana y le otorga un lugar central en la economía psíquica femenina y lo articula al estrato biológico.

masoquismo moral expresado en la necesidad de castigo, pero Lacan a diferencia de él, ve en ella no tanto una característica femenina universal, sino un fantasma masculino. Puntualmente, dirá que al hacer coincidir un fantasma masoquista con la posición característica de la feminidad, se promociona una pulsión parcial al rango de un polo de madurez genital (Lacan, 1960/2002b). Finalmente, en este escrito también abrirá una pregunta que no formuló en los textos anteriores y con la que tomará otra vez distancia de la posición freudiana, preguntándose si la mediación fálica drena todo lo que puede manifestarse de pulsional en la mujer “y principalmente toda la corriente del instinto materno” (Lacan 1960/2002b, p. 693)

2.b.II. La sexualidad femenina a la altura del seminario X: La angustia.

Miller (2007) señala que en este seminario se abre una dimensión novedosa en relación a lo que Lacan venía planteando en los años precedentes, que ubica en los seminarios que van desde el I y al VI y en los escritos, “La dirección de la cura” (1958/2014), “La significación del falo” (1958/2002a) y “La observación sobre el informe de Daniel Lagache” (1960/2014) y afirma que a partir de ahora, empieza a precisarse “otro Lacan”.

Al sujeto barrado marcado por el significante producto de la división subjetiva, Lacan le añade un término heterogéneo al significante y que es el *a* (Miller, 2007) y nos presenta a la sexualidad femenina de un modo “inédito hasta entonces en la literatura psicoanalítica, que comenta, desarrolla e incluso corrige a Freud” (Miller, 2007, p 38). Abriendo el enfoque, que más tarde desarrollará con el seminario “Aún” y el escrito “L’Etourdit” aborda el problema

de la articulación entre el deseo y el goce, señalando que la mujer es superior al hombre en el dominio del goce:

“su vínculo con el nudo del deseo es mucho más laxo. La falta, el signo menos con el que está marcada la función fálica en el hombre y que hace que su vínculo con el objeto deba pasar por la negatividad del falo y el complejo de castración- el estatuto del $(-\varphi)$ en el centro del deseo del hombre, he aquí algo que no es para la mujer un nudo necesario” (Lacan, 1962-63/2013, p. 200).

Ella tiene una relación simplificada con el deseo del Otro. Una relación, dice Lacan, “más esencial”, que depende menos de la relación con el Otro en lo que se refiere al goce. Tendrá por eso una relación más directa, sin mediación. Para comprender esto, es preciso aclarar que en este seminario, la referencia al $-\varphi$ no es aquella de la primer enseñanza de Lacan, del $-\varphi$ de la castración imaginario simbólica, sino del menos del órgano (Miller, 2007).

“Lacan introduce algo que no está en Freud, que por lo que sé, no estaba en la literatura analítica. El $-\varphi$ deja de ser el símbolo de la castración y deviene una propiedad anatómica del órgano masculino, que se opone totalmente a su imaginarización como potencia, puesto que es la detumescencia que golpea a este órgano en el momento de su goce” (Miller, 2007, p. 44).

Si, como vimos en el apartado anterior, en el “primer Lacan” y en el mismo Freud, la mujer entra en la dialéctica simbólica con el signo menos, de ahí parten las afirmaciones freudianas y lacanianas de una complicación de la posición femenina en relación al deseo; en tanto que el sujeto femenino necesitaría hacer ciertas “contorsiones” dice Miller (2007, p. 44) para franquear el fantasma fálico y acceder a la posición femenina. Esta complicación se apoya en el hecho de que el objeto del deseo es hacerse reconocer: ser el falo significativo.

Lacan (1962-63/2013) señalará que la mujer tiene “*una relación simplificada con el deseo del Otro*” (p. 200) e indicará -estableciendo una diferencia con su primera enseñanza y posicionándose en este punto en la vereda opuesta a Freud- que a la mujer “*no le falta nada*” (p. 206).

Es advertible en el Seminario X, según Miller (2007)

“una inversión inicial. En el camino del goce, el varón está embarazado, encuentra electivamente a $-\phi$ bajo una forma detumesciente, es decir como un << no poder >>...”Es el varón quien tiene relación con la falta, si entendemos las cosas al nivel de la copulación, o más bien, quien tiene relación con la desaparición del órgano instrumento.“ () “...para el sujeto varón, la relación con el deseo y el goce es complicada, embarazosa” (2007, p. 45).

Es el inicio en su obra de lo que Miller (2007) denomina un “Elogio de la feminidad”, en tanto que opone a la inferioridad -con la que en el psicoanálisis había abordado lo femenino – una superioridad cuando se trata del goce.

“En cuanto al goce, el goce de la cópula, el sujeto femenino no pierde nada en el asunto, y en cuanto al deseo, mantiene una relación directa con el deseo del Otro que no está mediada, no tiene la mediación del $-\phi$ ” (Miller, 2007, p. 46).

Partiendo de la relación entre el deseo y el goce en la mujer y en el varón, Lacan presenta “*Dos fantasmas paradigmáticos*” (Miller, 2007, p. 47), refiriéndose al masoquismo femenino y al fantasma de Don Juan. Siendo estos, dos fantasmas que se corresponden (Miller, 2007).

Eric Laurent (1999) retomando esta noción de masoquismo femenino como fantasma masculino en Lacan dirá que:

“Es en efecto un punto constante que marca sus trabajos sobre el abordaje de la posición femenina y en Aún es notable ver que la investigación sobre

el goce en la mujer en Lacan no pasa por el análisis del supuesto masoquismo femenino; en todo caso es como un análisis sistematizado, por supuesto Lacan aborda los fenómenos clínicos que han sido reagrupados bajo el rubro “masoquismo femenino”, pero les da otra luz con la ayuda de otros conceptos, rechazando el masoquismo femenino” (p. 44).

Lacan, (1962-63/2013) como ya dijimos, afirmará que se trata allí no de una posición sino más bien de un fantasma masculino.

“En este fantasma y en relación a la estructura masoquista imaginada en la mujer, es por procuración como el hombre hace que su goce se sostenga mediante algo que es su propia angustia. Es lo que recubre el objeto. En el hombre, el objeto es la condición del deseo. El goce depende de esta cuestión. Ahora bien, el deseo, por su parte, no hace más que cubrir la angustia. Ven ustedes, pues, el margen que le queda por recorrer para estar al alcance del goce (...) Para la mujer, el deseo del Otro es el medio para que su goce tenga un objeto (...) Su angustia no es sino ante el deseo del Otro, del que ella no sabe bien, a fin de cuentas, que es lo que cubre. Para ir más lejos con mis formulas, diré que en el reino del hombre siempre está presente algo de impostura. En el de la mujer, si hay algo que corresponda a esto, es la mascarada” (p. 208).

El masoquismo implica que ella gozaría con ser el objeto del goce del hombre, sin límites. Sin los límites que justamente el $-\phi$ como vimos, marca. En correspondencia a éste, Lacan asigna al fantasma de Don Juan “el emblema del fantasma femenino” (Miller, 2007, p. 47). En él se trataría de un hombre al que nunca le falta nada: negativo del $-\phi$; instrumento eterno del goce del Otro.

“la compleja relación del hombre con su objeto está borrada para él, pero a costa de aceptar su impostura radical. El prestigio de Don Juan está ligado a la aceptación de dicha impostura. Él está ahí siempre en el lugar del otro. Es por así decirlo, el objeto absoluto” (Lacan, 1962-63/2013, p. 209).

Lacan señala, además, que este personaje no despierta angustia en la mujer, quien “cuando siente que es verdaderamente el objeto en el centro de

un deseo, pues bien, créanme, de esto es de lo que en verdad huye” (Lacan, 1962-63/2013, p. 210).

La articulación entre deseo, goce y las dificultades que presentan del lado macho, tanto como el modo en que se despliegan del lado femenino y la afirmación de la superioridad femenina en cuanto al goce no limitado por el $-\phi$ de alguna manera anticipan lo que, diez años más tarde, formalizará en el seminario “Aún” y que se presenta también en el texto que leeremos como complementario a ese y que es “El atolondradicho” (1972/1984), que será revisado en el apartado siguiente.

2.b.III. Las fórmulas de la sexuación

Abordaremos ahora las tesis de los años 1972-1973, que el autor presenta en el “Atolondradicho” (1972/1984) y el seminario “Aún” (1972-73/2016), en los que reformula la diferencia entre los sexos partiendo de la oposición entre dos lógicas, el del todo fálico para los hombres y la del no todo fálico para las mujeres, y opone al goce fálico otro que llama suplementario y que es propio de lo femenino (Soler, 2004/2015). Formaliza ello a partir de las fórmulas de la sexuación en las que da cuenta de la elección de la posición sexual en el sujeto hablante independientemente de su elección de objeto (Tendlarz, 2013).

En el artículo “*L’Étourdit*” fechado el 14 de julio de 1972 Lacan, si bien no refuta el Edipo freudiano, lo reduce a una lógica de conjunto: la lógica del todo (Soler, 2014). Y propone “otra lógica” con la que reduce además el alcance del Edipo y dónde radica, según Soler, su diferencia con Freud, porque “en cuanto a lo que merece llamarse mujer”, se trata de otra cosa y esta otra

cosa soporta “el ser de la significancia” (Soler, 2014, p. 26). Otro goce, suplementario y propiamente femenino se añadirá a la referencia al goce del falo; en el marco -como dijimos- de esta otra lógica que es la del *no-todo*.

Estas fórmulas están compuestas por la conjunción de tres términos: un existencial, un universal y una función, combinados a partir de una serie de negaciones que varían dependiendo el lado en que nos encontremos.

La función fálica inscribe tanto el goce (vertiente positiva) como la castración (vertiente negativa). Lacan utiliza el existencial y el universal dándole un uso diferente al clásico planteo de Aristóteles. A diferencia de él, para Lacan el universal no determina la existencia, sino que ésta es fundada por el particular, invirtiendo la lógica aristotélica. Por otra parte, no existe el universal femenino que pueda hacer existir a La Mujer, por ello dirá que La Mujer no existe. Existe el particular de las mujeres y ciertas mujeres tienen un saber sobre el goce sexual.

Del lado masculino tendremos:

$$\exists x \overline{\Phi x}$$

$$\forall x \Phi x$$

La primera parte de la fórmula $\exists x \cdot \overline{\Phi x}$ corresponde al padre de la horda. Es el al menos uno para quien no funciona la castración. La segunda parte de la fórmula $\forall x \cdot \Phi x$ podemos traducirla como: para todo hombre funciona la castración, en tanto todos los hombres están castrados o en potencia de castración (Tendlarz, 2013).

Y del lado femenino:

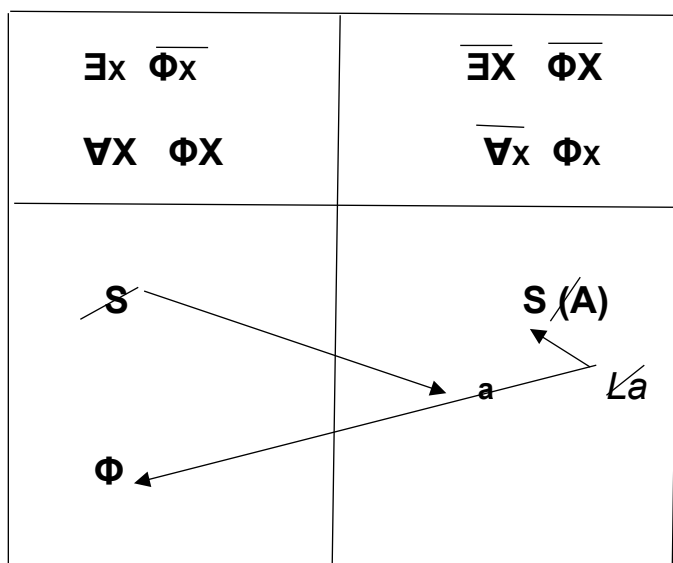
$$\overline{\exists x \Phi x}$$

$$\overline{\forall x \Phi x}$$

La primera parte de la fórmula: $\overline{\exists x \Phi x}$ indica “que no existe un x que se determine como sujeto en el enunciado del decir que no a la función fálica”. (Tendlarz, 2013). La falta de ese uno que le diga que no a la función fálica da por resultado el no todo de la mujer en relación a esta función fálica, sin por esto negarla. Al no haber excepción del lado femenino que asegure el universal, falta ese límite que nos permitiría enunciar un “todas las mujeres”. (Tendlarz, 2013, p. 138). En la segunda parte: $\overline{\forall x \Phi x}$ hay que ubicar lo que Lacan denomina goce suplementario o dualidad del goce femenino. La inscripción en el no todo es independiente de los atributos de la masculinidad, lo que implica que aquel que se inscriba de este lado puede elegir estar o no en el Φx y ello no significa que las mujeres no tengan relación con la función fálica, sino que para ellas es una posibilidad, pero hay otras, en tanto que posibilidad de acceso a un goce más allá del falo (Tendlarz, 2013).

En el universal -en cambio- el *para todos* es posible, a diferencia del de las mujeres que es imposible (Tendlarz, 2013). El no todo se vuelve “no toda” al referirse a la sexuación de las mujeres, sin que por eso se vuelva un universal negativo. La mujer es no toda en relación al falo. En la repartición sexuada no puede inscribirse ninguna relación que evoque la inscripción de la relación sexual. La desarmonía entre el no toda y el para todos queda formulada por Lacan con el “no hay relación sexual”, en tanto que “resulta imposible inscribir una relación lógica entre dos términos porque falta el significante que nombre a La Mujer” (Tendlarz, 2013, p. 136).

El cuadro completo presentado en el seminario XX (1972-73/2016) es el siguiente:



Como vimos Lacan (1972/1984) hace ahora depender de “dos modos” (p. 36) que el sujeto se proponga ser mujer y estos modos son los que se encuentran del lado femenino de la fórmula. Lo que se llama *mujer* se fundará para Lacan en la lógica del no todo; lógica a la que llamó en “L’Etourdit” a “dar inicio” (Lacan, 1972/1984, p. 38) y que presenta como opuesta a la inaugurada por el universal freudiano de la castración a la hora de pensar la división sexuada. Calificará además a las llamadas manifestaciones de la lógica del no-todo como esporádicas, a diferencia de la lógica constante de la función fálica en la lógica del para todos y recurrirá a la experiencia mística al querer evocar el goce que en la mujer no está en relación al falo.

Colette Soler (2004/ 2015) afirma que en “Aún”, Lacan abrirá el inventario de estas manifestaciones del no-todo que presentó en “E/

Atolondradicho” resaltando que es sólo el goce del místico - del que da testimonio San Juan de La Cruz - uno de los únicos inventariados.

“El amor extático del místico lo sustrae a los intereses de la criatura y a todos los deseos de los mortales. No tiene nada que ver sin embargo con la pasión masoquista del sacrificio. El místico testimonia que renuncia al mundo en la alegría, no por el gusto del dolor, sino por estar cautivo de Otra cosa; la tentación, el sueño tal vez, de abolirse en el goce de un amor infinito. Tal es el horizonte lejano, casi divino, donde se resuelve, más allá de su alcance de mascarada, el masoquismo que equivocadamente se le imputa a aquellas que Lacan llama “las apelantes del sexo” (Soler,2004/2015, p. 24).

Por otra parte, con las fórmulas de la sexuación⁵⁶ divide al sujeto entre la relación directa con la pulsión del lado femenino y, por otro lado, una relación directa con aquello que en el Otro es un significante privilegiado, el falo. Para Lacan, a diferencia de Freud -dice Soler (1993)- las mujeres pueden presentar una duplicidad del goce: el goce fálico y un goce suplementario. La referencia a la asimetría en relación al goce masculino y femenino a nivel del coito, y el privilegio del lado femenino que está en la base de estas fórmulas, es sostenida por Lacan no sólo por la referencia mítica de Tiresias sino también con la noción del $-\phi$ en tanto encuentro con la detumescencia alternada con su opuesta *expresión* universal de lo viril, que repasamos en el apartado anterior. En su lectura, el ser del cuerpo “sexuado” es “secundario” (Lacan, 1972-73/2016, p. 13). Y retomando lo que formuló unos meses antes en “L’etourdit” dirá que:

“el goce está marcado por ese agujero que no le deja otra vía más que la del goce fálico”, pero por otro lado “el goce de la mujer” que “se apoya en

⁵⁶ Thompson (2015) afirma que estas fórmulas, están apenas esbozadas sobre el final del seminario XVIII.

un suplir ese no-toda. Para este goce de ser no-toda, es decir, que la hace en alguna parte ausente de sí misma, ausente en tanto sujeto, la mujer encontrará el tapón de ese **a** que será su hijo” (Lacan, 1972/73-2016, p. 47).

Para dar cierre al recorrido teórico, indagaremos una serie de nociones vinculadas a lo femenino de las que también nos serviremos para el análisis de la casuística y que están íntimamente vinculadas a las formulaciones de Freud y de Lacan.

2.b.IV. Maternidad

Como vimos, en los años 50, Lacan sigue las formulaciones freudianas y postula que la mujer se vuelve madre a partir de la dialéctica fálica. Alrededor de la década del 60 indagará los efectos de la relación de la madre con el niño tomado como objeto **a** y hacia el final de su obra, con las fórmulas de la sexuación se introducirá una nueva perspectiva sobre la maternidad (Tendlarz, 2013).

En el capítulo dedicado a los desarrollos freudianos señalamos que el maestro vienés hace coincidir lo femenino con la maternidad. Con el nombre de *penisneid*, se designaba a la envidia del pene que operaría en la niña dirigiéndola hacia el padre. Para Freud, la evolución psicosexual hacia la feminidad, suponía un cambio de zona erógena -del clítoris a la vagina- y un cambio de objeto -de la madre hacia el padre- El deseo con el que la niña se vuelve hacia el padre es el deseo del pene que la madre no le ha dado y que espera en un futuro obtener de su padre. Así, para Freud la situación femenina no se establecía hasta que el deseo del pene era sustituido por el deseo del

hijo que pasará a ocupar en el inconsciente el lugar del pene (Laplanche y Pontalis, 2007). La cuestión de la subjetivación que el sujeto femenino hará con ese no tener en el planteamiento freudiano, se dirigía fundamentalmente a los suplementos con los que el sujeto intenta colmar ese agujero del menos. Para el padre del psicoanálisis la actitud femenina normal sería aquella en la que la niña toma al padre como objeto, alcanzando la forma femenina del complejo de Edipo y la maternidad era a su vez la salida más satisfactoria al *penisneid*. Ya que, al transformarse en madre, ella se transforma en la que tiene por excelencia -ecuación simbólica niño=pene- (Miller, 1999); destacando al niño como el producto privilegiado que colma la falta.

Para Lacan las soluciones que vendrán *del lado del tener* resultarán siempre falsas o inauténticas (Miller, 1999) y nos presentará, además de las vías por *el lado del tener*, una serie de soluciones al *penisneid* por la vía *del parecer ser*. Es en este punto donde retoma el descubrimiento de Joan Riviere que presentamos en el apartado dedicado a los discípulos de Freud y señala que tanto la mascarada, como el hacerse amar correspondiente a la demanda de amor dirigida al partenaire, son dos vías posibles al tratamiento de la falta.

En cuanto al niño tomado como objeto *a* de la madre, puede encontrarse en diferentes posiciones y situarse del lado de la psicosis.

“Puede ser mediatizado por el objeto transicional, fuente de las equivalencias; quedar expuesto a todas las capturas fantasmáticas maternas por falta de mediación paterna; o volverse un objeto real como para la madre del esquizofrénico durante el embarazo, condensador de goce, que realiza la presencia del objeto *a* en el fantasma materno, y al hacerlo obtura la castración materna y sutura su falta como mujer aportándole un complemento al ser” (Tendlarz, 2013, p. 158).

Por otra parte, cuando interviene la voz paterna, el niño puede ocupar el lugar de síntoma -solidario de la neurosis- que implica una madre atravesada por la falta que da lugar al significante del nombre del padre (Tendlarz, 2013).

Las fórmulas de la sexuación -como ya mencionamos al inicio- abrirán nuevas consideraciones sobre la maternidad y, así como Lacan plantea la inexistencia de un universal femenino resultando de ahí la formalización de La mujer y que a ellas se les deberá contar una por una, digamos también que cada una de ellas se situará de manera particular frente a la maternidad.

En relación al goce suplementario y maternidad, Lacan (1972-73/2016) dirá que: “para este goce de ser no-toda, es decir, que la hace en alguna parte ausente de sí misma, ausente en tanto sujeto, la mujer encontrará el tapón en ese **a** que será su hijo” (p. 47). La maternidad puede ser, entonces, una solución privilegiada que funciona taponando ese goce no todo, pero no la única y la más satisfactoria.

Por último, agreguemos que la maternidad se relaciona también con la castración, en tanto que como madre la mujer resulta ubicada del lado masculino de las fórmulas. La salida femenina de la maternidad se enlaza entonces con la posición masculina y “desde el falo como sujeto se dirige al objeto **a** que es el niño” (Tendlarz, 2013, p. 158).

2.b.V. Histeria y feminidad

La histeria es una forma clínica precisa y no debe confundirse con feminidad. Las fronteras entre una y otra deben ser precisadas (Soler, 2015); si bien es cierto como Lacan afirmaba, que se presentan más histéricas que

históricos (1969-1970/ 2010). A lo largo de su obra la relación entre histeria y feminidad ha sido abordada de diferentes maneras.

En el análisis lacaniano del caso Dora, la posición histérica se define por la vía de la identificación a un hombre, la voluntad de no satisfacer el goce y la pregunta histérica que encarnaba un sujeto masculino o femenino era el ¿qué quiere una mujer? El sujeto histérico busca insatisfacer al Otro, apuntando a un plus de ser, y una mujer quiere gozar. La histérica quiere ser para el otro un objeto agalmático que hace desear y se sustrae (Soler 2015). La posición mujer es definida por Lacan de manera opuesta, y responde a la pregunta de Freud sobre qué quiere una mujer diciendo que lo que quiere es gozar (Tendlarz, 2013).

2.b.VI. El partenaire síntoma y el estrago

Al final de su enseñanza Lacan responde a una pregunta que enuncia en el seminario XXII (Lacan, 1974-1975/ 2015 p. 24) ¿qué es una mujer para aquel que está estorbado por el falo? diciendo: ella es un síntoma. Y decir síntoma equivale a evocar el goce en sí mismo.

Si tomamos la definición de síntoma que da Lacan en el mismo texto, como: “la manera como cada uno goza del inconsciente” (1974-75/2015. p 36), cuando se trata de una mujer el autor dirá que presta su cuerpo para que, gozando de ella, el hombre goce de su propio inconsciente y, por medio de eso, él tenga acceso al goce del cuerpo, que no es goce del Otro, sino el goce fálico (Soler, 2015).

Para la mujer, en cambio, subrayará: un hombre puede ser peor que un síntoma, puede volverse un estrago. Con la noción de estrago, Lacan retoma una expresión que había utilizado para caracterizar ciertos matices de la relación madre-hija y que Freud había advertido en sus escritos al afirmar que muchas veces la relación que una mujer establece con su partenaire es una especie de “relevo” de las relaciones que la mujer mantenía con su madre, más precisamente, de los reproches que ésta le dirigía a ella serán ahora dirigidos al marido. Esta indicación freudiana alude en ese vínculo a la reivindicación fálica que está en la base de la queja constante y sostenida hacia su madre. En la lectura lacaniana, en cambio, la noción de estrago excede la reivindicación.

En la relación madre-niño Lacan ubica, en primer lugar, el deseo de la madre y los efectos que la relación entre madre-padre-niño y falo tienen en el sujeto hablante. Así, la voracidad materna puede generar tanto en el cierre de la boca del cocodrilo como dar lugar al vínculo estragante que muchas veces caracteriza la relación madre-hija. En “Televisión” (1974) Lacan continuando lo formulado en “El Atolondradicho” y en el seminario “Aún” (1972-73/2016) y señala que el hecho de que La Mujer no exista en el sentido de que no posible establecer en ella un universal, no excluye el que un hombre pueda a su vez hacer de una mujer su objeto de deseo. Para un hombre la mujer puede volverse un síntoma, en tanto que encarna el lugar de objeto *a*, objeto de goce en el fantasma que produce su deseo. Ella, por su parte, dirige su demanda de amor a un hombre desde su posición de no-toda fálica. Desde allí se dirige al Otro barrado y esta demanda puede retornar bajo la modalidad del estrago (Tendlarz, 2013). En este sentido, en referencia a las relaciones entre hombres

y mujeres, en Televisión (1974/ 2003) dirá que no hay límites a las concesiones que una mujer puede hacer para para un hombre: su cuerpo, alma, sus bienes.

2.C. CONCLUSIONES

A lo largo de estos apartados hemos recorrido, por un lado, los desarrollos sobre sexualidad femenina que ha desarrollado el psicoanálisis a partir de la lectura de Freud, sus discípulos y la que más tarde nos presentó Jacques Lacan, quien, como vimos, introdujo otras dimensiones a un análisis de la feminidad que, hasta su intervención, terminaba centrado en lo imaginario o en la referencia al real biológico de la anatomía femenina que impregnaba la lectura de Freud y sus discípulos. En este sentido, para entender la posición lacaniana, la revisión de los autores que le precedieron y las discusiones teóricas desatadas sobre lo femenino al interior de la comunidad analítica nos resultaron ineludibles. Por otro lado, hemos visto el dinamismo o los cambios que tanto en la obra de Freud como de Lacan se dieron en torno a la sexualidad femenina, pero creemos que hay un punto que insiste y que es la referencia al falo simbólico como ordenador de la sexualidad. Este punto esencialmente freudiano, de alguna manera, puede encontrarse también en las últimas elaboraciones lacanianas sobre la sexualidad femenina y que son aquellas que no presenta con las fórmulas de la sexuación, en donde si bien

nos encontramos con ese “elogio de lo femenino” señalado por Miller (2007), en tanto posibilidad de acceso a un goce otro, más allá del goce fálico del lado femenino de la fórmula; la referencia fálica continúa siendo el punto que orienta para uno u otro lado.

Hemos revisado y recortado también, en la primera parte de esta tesis, los antecedentes y conceptos que nuestro marco teórico nos proporciona sobre las presentaciones del malestar por la vía del tóxico y que ordenamos bajo los significantes consumo, toxicomanías y alcoholismo. Teniendo en cuenta (como fue precisado a lo largo del capítulo 1) de la insuficiencia de trabajos que en nuestro marco teórico de referencia aborden estas presentaciones desde las nociones y variables a partir de las cuales el psicoanálisis estudia la condición femenina. Presentaremos en lo que sigue la estrategia metodológica y los resultados de la investigación de carácter mixto que llevamos a cabo a los fines de indagar recurso al tóxico y sexualidad femenina. Como mostraremos más adelante, las nociones presentadas a lo largo de estos capítulos serán retomadas tanto en la lectura y el abordaje de los casos que presentaremos en el capítulo dedicado a los hallazgos, como en torno a los resultados y conclusiones.

3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA: EL PROCESO PARA ABORDAR EL OBJETO DE ESTUDIO.

3.a.I. El diseño de la investigación

Vasilachis de Gialdino (2006) señala que es la interrogación la que condiciona la estrategia a seleccionar. Los métodos empleados y el análisis de los datos que se obtienen en una investigación son condicionados por la pregunta que da origen a ella. En nuestro caso, el abordaje se realizó a partir de un diseño de investigación no experimental transversal y cuali-cuantitativa (Hernandez Sampieri, 1997) lo que respondió a que, si bien algunos aspectos fueron definidos previamente, como la población que queríamos indagar: usuarias mujeres del sistema de salud público que demandaban atención por los efectos del consumo problemático de sustancias. Toda otra serie de aspectos que presentamos a lo largo de este escrito, surgieron en el desarrollo mismo de la investigación. Esto nos llevó a redefinir preguntas, establecer nuevas hipótesis y pensar las herramientas

metodológicas con las que abordar las nuevas dimensiones que el objeto de indagación nos iba presentando.

A continuación, presentaremos una semblanza de las instituciones en las que se desarrolló la investigación, para luego describir detalladamente cada una de las etapas, los criterios de inclusión de la muestra y las condiciones éticas que se tuvieron en cuenta.

3.a.II. Instituciones en las que se desarrolló la investigación

Hospital especializado de La Plata, Buenos Aires

En esta institución se llevó a cabo la primera y segunda etapa de la investigación. Se trata de la institución más grande de la ciudad de La Plata y alrededores dedicada (al momento en que se realizó el trabajo de campo) a la atención exclusiva de problemáticas causadas por el consumo de sustancias. Fue creada en el año 1989 y es el único hospital público y gratuito dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires que nuclea las demandas de atención de la ciudad de La Plata y zonas aledañas. Al estar ubicado en el la zona céntrica del casco urbano es de muy fácil acceso.

Dicha institución recibe las demandas de pacientes que acuden tanto de manera espontánea como aquéllos que son derivados de otras instituciones, como hospitales generales, juzgados, servicios locales, ONG's, entre otros, para realizar tratamiento por los efectos del consumo problemático de sustancias. La selección de este espacio fue motivada en parte por ser la institución pública y gratuita más grande de la zona y alrededores. Efectúa más de 54000 prestaciones anuales. Ofrece tratamiento ambulatorio, atención

médica, ha incorporado servicio odontológico de primer nivel y la posibilidad de media internación.

Cabe aclarar que no toma en tratamiento a pacientes que consultan por ludopatía, pero recibe sus demandas para luego derivar a los pacientes a un centro especializado, también público ubicado en la misma ciudad.

A nivel infraestructura cuenta con dos sedes. La sede principal está compuesta por un edificio de dos plantas y a pocos metros de ella se ubica otra locación de menor tamaño, en la que funciona un dispositivo de mediana intención llamado “casa de día”, dependiente del mismo nosocomio.

La sede principal, ofrece atención ambulatoria y asesoramiento. Cuenta con siete consultorios, una oficina de mesa de entradas, una sala de espera, oficinas para labores administrativas, un amplio salón de usos múltiples y un patio. Por su parte, la casa de día mantiene en su forma la estructura de una casa, ya que fue creada para funcionar alojando durante media jornada a pacientes que requieran de un dispositivo de mayor contención que el proporcionado en un tratamiento ambulatorio. La jornada incluye talleres, terapia grupal y la realización en conjunto (pacientes y operadores) del desayuno, almuerzo y del orden de los espacios en común. Durante varios meses también contó con seis camas para que los pacientes que demandaban dispositivos de mayor contención pudieran realizar allí ese tipo de tratamiento.

La institución cuenta con profesionales de diferentes disciplinas: psicología, psiquiatría, trabajo social, medicina clínica, arte, informática, operación socio-terapéutica, terapia ocupacional, enfermería y odontología. La mayoría de estos profesionales circula por ambas sedes, a excepción del

médico clínico y la odontóloga que utilizan uno de los consultorios que está ubicado en la sede principal y que cuenta con camilla, sillón de extracciones y todo el mobiliario que requieren procedimientos tales como atención primaria odontológica, extracción y almacenamiento de muestras de sangre y revisión médica.

En cuanto a la modalidad del tratamiento y la orientación del mismo, la institución ofrece dispositivos de terapia grupal y psicoterapia individual tanto para familiares como para aquellas personas que sufren o han sufrido los efectos del consumo problemático de sustancias. La línea teórica predominante en estos profesionales es el psicoanálisis Freud-Lacanian.

Este hospital es además una de las instituciones de residencia pos-básica del sistema de residencias de la provincia, justamente por su especificidad.

Sala de Servicio de toxicología. San Miguel de Tucumán.

En esta sala se llevó a cabo la tercera etapa de la investigación, se trata de una sala de desintoxicación que forma parte de una de las pocas instituciones del país creada exclusivamente para la atención integral de mujeres con patologías mentales ubicada en la ciudad de San Miguel de Tucumán, capital de la provincia de Tucumán. Esta institución posee un servicio de emergencia y otro de asistencia ambulatoria programada, con internación para deshabitación y desintoxicación de pacientes mujeres (servicio en el que llevamos a cabo las entrevistas de la tercera fase de la investigación). Cuenta además con asistencia de atención en crisis para pacientes con trastornos mentales severos y consumo de sustancias, realiza

prestaciones de rehabilitación, hospital de día y casa de convivencia. Sumado a ello, el departamento de hospitalización tiene a su cargo salas de internación de baja complejidad.

En cuanto al motivo de la elección de ambas instituciones, además de sus características específicas y la relación directa que ambas tienen con nuestro tema de investigación queremos agregar que en la primera de ellas (hospital zonal de La Plata) al encontrarnos desarrollando allí nuestras actividades profesionales desde hacía varios años, contábamos con la autorización institucional necesaria para llevar a cabo libremente el trabajo de campo. En relación a la segunda institución (la sala de desintoxicación) la posibilidad de acceder a esta, surge para decirlo de manera coloquial un poco de casualidad. En ocasión de un congreso de carácter nacional en el cual presentamos parte de nuestro trabajo, autoridades del Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán se interesaron por nuestras líneas de investigación y nos ofrecieron la posibilidad de realizar allí una parte del trabajo de campo ya que contaban con un servicio de desintoxicación de sustancias psicoactivas creado exclusivamente para mujeres. Gracias a ese apoyo pudimos trabajar en esa institución durante un mes.

3.a.III. Las etapas de la investigación

A continuación, se detallarán las decisiones y los pasos que implicaron el desarrollo de tres etapas de investigación. A modo de resumen, en el siguiente cuadro, se presentan los rasgos principales.

Tabla 1: Etapas de investigación. Resumen y datos principales. Elaboración propia

Etapas	Tipo de abordaje	Período	Escenario	Muestra
PRIMERA	Cuali-cuanti	2014	Hospital Reencuentro – La Plata	748 historias clínicas
SEGUNDA	Cualitativa	2015 2016 2017 2018	Hospital Reencuentro – La Plata	36 casos clínicos
TERCERA	Cualitativa	2017	Hospital del Carmen – San Miguel de Tucumán.	6 entrevistas

La primera etapa

De corte *exploratoria cuali-cuantitativa*, comenzó luego de la revisión bibliográfica descrita en el capítulo 1, en la que se estableció el área de vacancia en la que se inserta el aporte de esta tesis: la carencia de información sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población femenina. En dicho escenario, decidimos llevar a cabo un trabajo de campo relevando los archivos escritos (historias clínicas) de las usuarias de un servicio público especializado en el tratamiento de las adicciones (Hospital Reencuentro).

Preliminarmente, tomamos los libros de ingreso en el cual se vuelcan los datos de todos los pacientes que consultaron durante esas fechas y separamos

aquellos que se ajustaban a los criterios de inclusión y establecimos un corte de 10 años, que cubría de 2004 a 2013 para el relevamiento de las consultas recibidas, con el objetivo de describir y caracterizar a las consultantes que durante ese lapso habían solicitado atención.

Trabajamos con ese material durante el año 2014, partiendo de un diseño no experimental,⁵⁷ cuantitativo no probabilístico del tipo transeccional descriptivo (Hernandez Sampieri, 1997), construimos una muestra compuesta por 748 historias clínicas que reunían la información de todas las mujeres que solicitaron atención desde el año 2004 hasta el año 2010 inclusive. A partir de este corpus, logramos caracterizar la población de mujeres consultantes en un servicio público especializado de la provincia de Buenos Aires.

Para relevar los datos nos servimos de un instrumento que creamos especialmente para ese fin -ver anexo- y con el que logramos establecer los valores correspondientes a la edad de consulta, edad de inicio en el consumo, sustancia de inicio, sustancia por la que consulta, patologías asociadas, factores de riesgo, estado civil, grado de instrucción educativa, composición del núcleo familiar, antecedentes de problemas de salud mental en la familia, violencia familiar, origen de la demanda, desarrollo del tratamiento, duración, abandonos, altas, derivaciones y re- ingresos. Con estos valores, elaboramos los resultados que presentaremos en el apartado B) de este capítulo, que se propone caracterizar en profundidad a este conjunto de mujeres con consumo problemático.

⁵⁷ De acuerdo con Hernandez Sampieri (1997), una investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, en ellas no se hace variar intencionalmente las variables independientes. Por su parte el autor denomina diseño transeccional descriptivo a aquel que indaga la incidencia y los valores en que se manifiestan una más variables en un momento determinado y denomina muestras no probabilísticas a aquellas en las que la elección de los objetos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del que hace la muestra.

Concluida esta fase, se abrieron otras líneas de investigación en las que decidimos avanzar, constituyendo ese recorrido posterior un segundo momento o etapa de la investigación.

Segunda etapa

En ella partimos de un enfoque *cualitativo* con el objetivo de lograr una comprensión más profunda de la que logramos con los datos cuantitativos (Vasilachis de Giardino, 2006). En este sentido, el pasaje de los datos epidemiológicos y/o cuantitativos a un estudio del tipo clínico obedecía a la necesidad de recuperar el campo de la palabra en estos sujetos y conocer lo que estos abordajes silencian.

Como señala Cancina Pura (2008) y retoma Amalia Passerini (2018) denominar enfoque cualitativo a la investigación en psicoanálisis constituye las más de las veces una "salida elegante"⁵⁸. Coincidimos con ellas en que denominar sólo como cualitativo a un método cuyas características han sido formalizadas, implica desconocer el medio por el que se obtiene y el tipo de saber que de allí se extrae, y el método psicoanalítico presenta una duplicidad fundamental, consistente en ser además de un método de conocimiento, una terapéutica (Passerini, 2018). En función de ello en la segunda fase de nuestra investigación el trabajo con pacientes fue en sí misma la estrategia metodológica. La triada asociación libre/atención flotante/clínica en transferencia (Cancina, 2008; Azaretto & Ross, 2014; Passerini, 2018), propias

⁵⁸. En un apartado de su tesis doctoral, Passerini (2018) aborda las tensiones inherentes a la investigación en psicoanálisis y la discusión sobre la denominación metodológica, sus alcances y la particularidad que presenta el método psicoanalítico. Allí retoma los aportes de Cancina Pura sobre la misma cuestión.

de este método en ejercicio, conlleva también la necesidad de “no buscar”, y es sin buscar que se investiga (Cancina, 2008, p. 71).

En esta segunda etapa, recepcionamos y atendimos demandas de tratamiento desde febrero del año 2015 hasta febrero del año 2018: con un resultado de un total de 36. Sólo una parte de ellas evolucionaron en un tratamiento completo y otras abandonaron tras una o dos entrevistas. La muestra final quedó constituida por un total de 36 demandas de tratamiento, de las cuales hemos seleccionado 5 que se expondrán en la serie de casos clínicos presentados en el apartado B.2 que forma parte de este capítulo y donde pudimos establecer las siguientes categorías de análisis: Origen de la demanda, Posición subjetiva, Implicación subjetiva, sustancia como suplencia, Lugar de la droga en el origen de la consulta, Soluciones fallidas/ otras soluciones, El lugar del hijo, El deseo de hijo como motor de la consulta, Las verdaderas toxicomanías.

Ahora bien, si la pregunta que orientó la primera fase de la investigación puede resumirse en “*¿qué características presenta la consulta de mujeres que acuden a un servicio público especializado por los efectos del consumo problemático de sustancias?*”, en esta segunda fase, a partir del desarrollo de las entrevistas preliminares y de la evolución de tratamientos que llevamos a cabo aplicando el método psicoanalítico, fue que nos encontramos con la posibilidad de estudiar las presentaciones por la vía del tóxico desde las nociones y variables a partir de las cuales el psicoanálisis de orientación lacaniana estudia la condición femenina y cuyos resultados expondremos en la serie de casos que compone el segundo apartado de este capítulo.

Tercera etapa

Una tercera y última fase en la que se desarrolló la investigación, es en parte resultado de la contingencia. Como se mencionó, en ocasión de un evento científico el gobierno de la provincia de Tucumán nos invitó a realizar en esa provincia parte de nuestro trabajo de campo en una institución pública que cuenta con un servicio de desintoxicación creado exclusivamente para pacientes mujeres y cuyo modo de abordaje era la internación. Esto nos abrió la posibilidad de incorporar otra área geográfica y de indagar, además, la presentación en un dispositivo diferente⁵⁹. A esta altura del proceso de investigación, contábamos con el material obtenido en los cuatro años de investigación previa que transcurrieron entre la primera etapa y el final de la segunda. Teniendo esto en cuenta, decidimos llevar a cabo con las usuarias del servicio una serie de entrevistas semi-dirigidas, con el fin de indagar en detalle los hallazgos obtenidos en las etapas anteriores. Ya que se nos había abierto una nueva pregunta/ hipótesis: ¿lo hallado en la fase 1 y 2 puede pensarse para otros escenarios?

Para ello, entrevistamos a las 6 pacientes que se encontraban en la sala al momento de la investigación, con el objetivo de indagar áreas específicas como: la subjetivación del proceso desde el inicio del consumo hasta la permanencia en la sala, problemática familiar, sexual y de los períodos de abstinencia. Los resultados de esta experiencia serán retomados en las discusiones y las conclusiones.

⁵⁹ Recordemos que tanto la fase 1, como la fase 2 se realizaron con pacientes que llevaron a cabo tratamientos en dispositivos ambulatorios.

3.a.IV. Criterios de inclusión en la muestra

Se establecieron como criterios de inclusión las siguientes condiciones:

- Teniendo en cuenta la complejidad que reviste el concepto de género, identidad y la posición sexual, se estableció como criterio de inclusión en la muestra **la auto-designación** como mujeres al momento de acudir a la consulta. Incluimos por lo tanto a cualquier persona que se autodesignase mujer al momento de la consulta y cuya solicitud de atención a la institución sea motivada por los efectos del consumo de cualquier sustancia psicoactiva.
- No se estableció ningún límite en el rango etario inferior o superior; salvo el determinado por la edad mínima de ingreso en las instituciones en las que se llevó a cabo el trabajo de campo. De esta forma este rango quedó comprendido por valores que van desde los 15 años en el límite inferior hasta los 65 años como límite superior.

3.a.V. Consideraciones éticas

Para garantizar **los aspectos éticos**, previamente a la firma del consentimiento informado⁶⁰ se ha informado a los participantes tanto de manera verbal como escrita los objetivos y alcances de la investigación, destacándose el compromiso de parte de la entrevistadora a mantener la confidencialidad y garantizar el anonimato de los datos aportados en caso de ser utilizado el material recolectado a fines de divulgación científica. En cuanto

⁶⁰ Ver anexo.

a las historias clínicas, las mismas presentan un protocolo que, al momento de la consulta, firman las consultantes y que explicita la posibilidad de utilizar los datos allí volcados a fines científicos y garantizan además la confidencialidad.

4. HALLAZGOS

4 A .I. Relevamiento de las consultas recibidas en una institución pública para el tratamiento de las adicciones y el alcoholismo en pacientes mujeres.

Introducción

En este capítulo presentaremos los resultados de la fase 1 de la investigación, cuyo objetivo fue caracterizar y describir a la población femenina consultante de un centro estatal, público y gratuito especializado en el tratamiento de adicciones ubicado en la ciudad de La Plata.⁶¹

Procedimiento

Luego de revisar los cuadernos de ingreso, seleccionamos los registros escritos de todas aquellas mujeres que solicitaron atención en la institución. Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de 748 personas. Las mismas habían acudido a la institución entre enero del año 2004 y diciembre del año 2013 (inclusive). Se contabilizaron y analizaron las consultas registradas durante 10 años por aquellas personas que al momento de solicitud de tratamiento se autodefinieron como mujeres. El rango etario con el que se trabajó abarca desde 12 años en adelante, sin límite de edad.⁶²

⁶¹ Ver apartado 3. a. II. "Instituciones en las que se llevó a cabo la investigación".

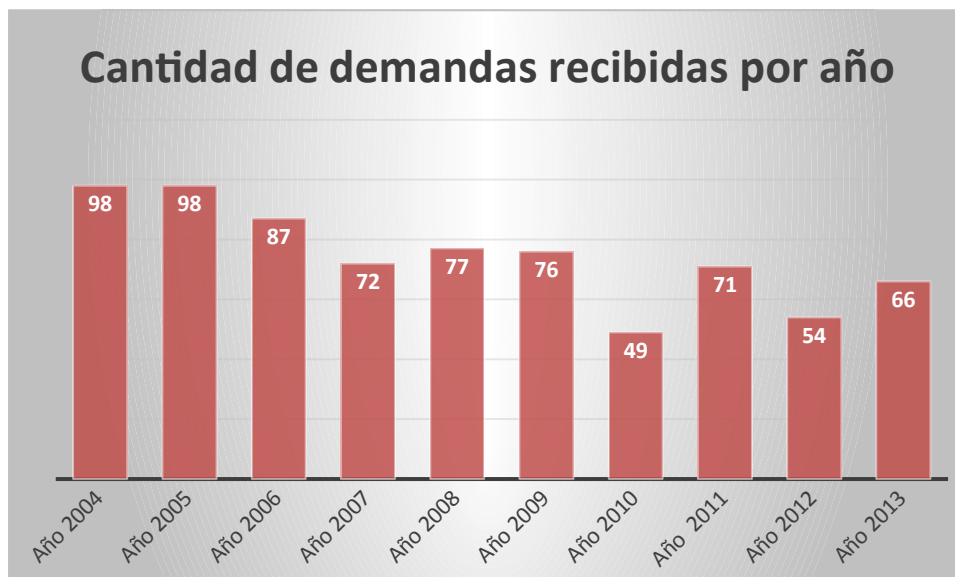
⁶² Ver apartado 3.a. IV. "Criterios de inclusión en la muestra".

Resultados

En el período indagado se recibieron en el hospital un total de 5242 nuevas consultas, de estas 748 se ajustaron a nuestros criterios de inclusión. Es decir que sólo un 14,27% del total de las consultas recibidas durante los 10 años relevados fueron solicitadas por la población femenina. Siendo el 85,73% restante correspondiente a la demanda de atención presentada de la población masculina.

De las 748 consultas de mujeres: 98 fueron atendidas durante el año 2004 (13,10%); 98 durante el año 2005 (13,10%); 87 en el 2006 (11,63%); 72 en el 2007 (9,63%); 77 en el año 2008 (10,29%); 76 durante el 2009 (10,16%); 49 en el 2010 (6,55%); 71 en el 2011 (9,49%); 54 en el 2012 (7,22%) y 66 en el 2013 (8,82%).

Cantidad de demandas de atención por parte de pacientes mujeres recibidas por año (período 2004-2013). Fuente: elaboración propia.



Edad de las consultantes

Del total de las consultantes, 363 presentaron al momento de la consulta edades que iban de los 12 a los 26 años, lo que corresponde a un 48,52 % del total, en el rango que iba de los 27 a 41 años hallamos 229 consultas que se corresponden al 30,31% de la población consultante, en cuanto al rango etario establecido entre los 42 a los 57 años hallamos 119 consultantes correspondientes al 15,90% de las consultas. A partir de ahí las consultas recibidas decaen abruptamente mostrando que del rango correspondiente entre los 58 a 72 años sólo fueron recibidas en 10 años 32 consultas, lo que arroja un total de 4,23%. Finalmente, el rango de 73 años en adelante presentó una sola consulta, que representa un 0,13 % del total. Sólo 4 consultantes no dejaron registros escritos que permitan establecer la edad que tenían al momento de la consulta. Resultando el ítem N/C un 0,53 %.

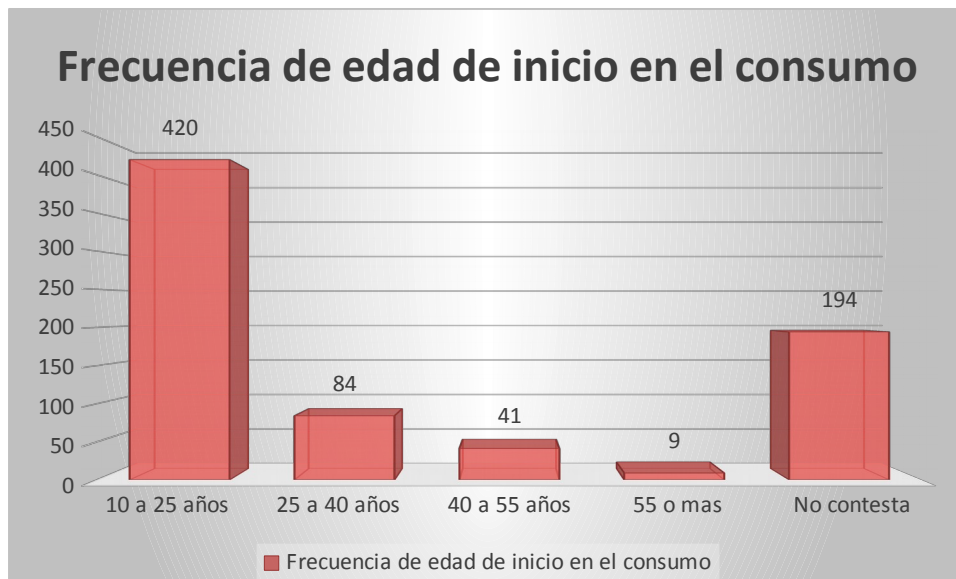
Frecuencia de edad de las consultantes al momento de solicitar atención (período 2004-2013). Fuente: elaboración propia



Edad de inicio en el consumo

La *edad de inicio* de consumo resultó concentrarse en las dos primeras franjas etarias establecidas al igual que sucedió con la variable *edad de las consultantes*. Así hallamos que en la franja que iba desde los 10 a los 25 años se registraron un total de 420 consultantes, esto nos muestra que el 56,14% del total de las consultantes se inició en el consumo cuando tenía entre 10 y 25 años. La franja que va de los 25 a los 40 años fue señalada como *edades de inicio de consumo* por 84 consultantes, resultando un 11,22% del total. Asimismo, el rango establecido entre los 40 a los 55 años se registró como edad de inicio en 41 consultantes, representando esto 5,48% de la población. Finalmente, dentro del rango 55 años o más de edad al inicio del consumo, sólo hallamos 9 respuestas afirmativas, es decir un 1,12 % del total de las consultantes se iniciaron en el consumo a los 55 años o más. Lamentablemente no se halló información en un 25,39% de los casos ya que 194 registros escritos no contenían datos del inicio del consumo.

Frecuencia de edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas en pacientes mujeres que consultaron durante el período comprendido entre el año 2004 y el año 2013. Fuente: elaboración propia

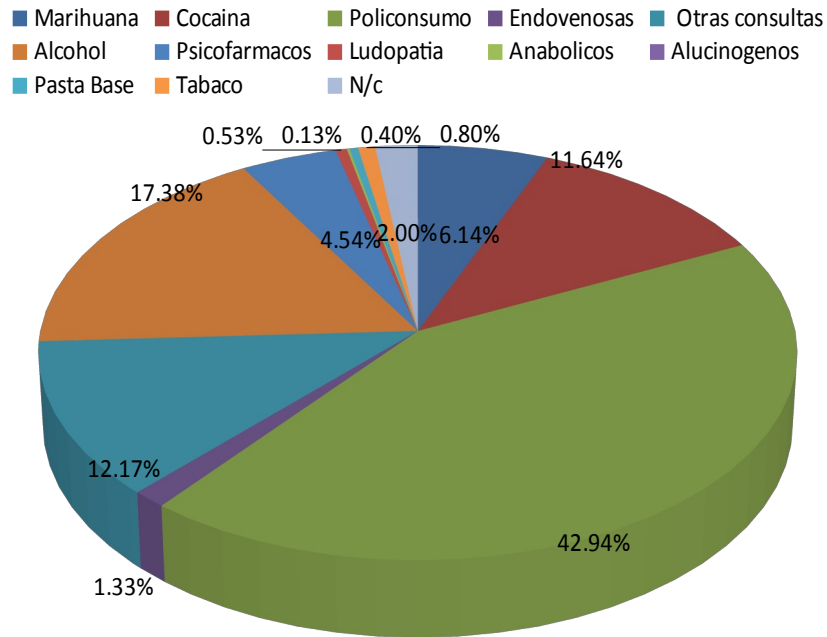


Sustancia por la que consultan

El policonsumo, es decir el uso de dos o más sustancias fue señalado por el 42,91% de las consultantes como motivo de consulta. Seguido por el alcohol 17,37% y la cocaína en un 11,63% de casos. La marihuana se presentó como sustancia que motivó la consulta en un 6,14% de los casos y los psicofármacos en un 4,54%.

Porcentaje de tipo de sustancia psicoactiva que motivó la consulta (período 2004-2013). Fuente: elaboración propia

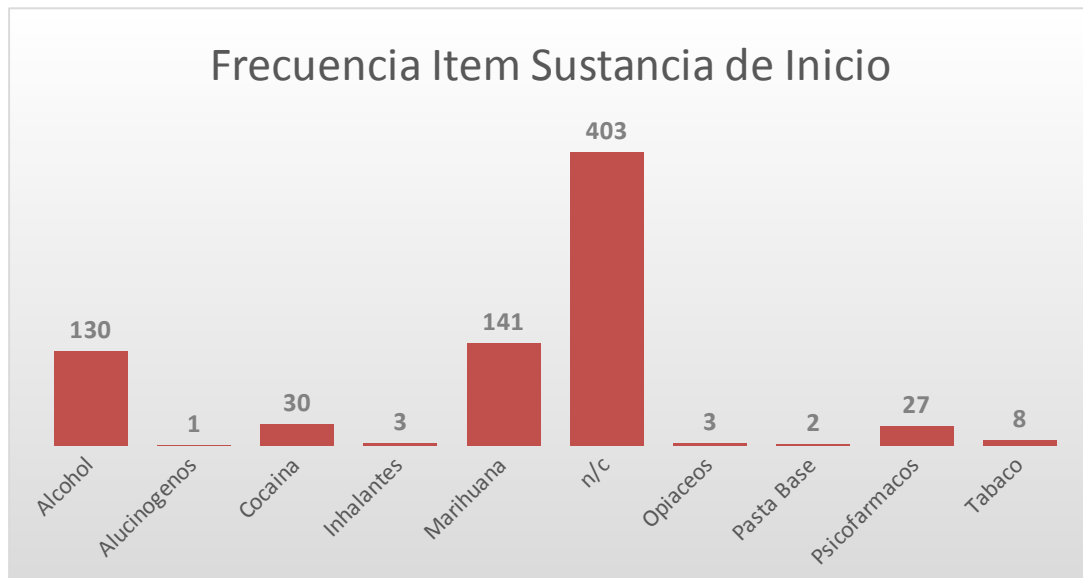
Porcentajes sustancia que motivo la consulta 2004 al 2013



Sustancia de inicio

En el próximo cuadro expondremos la sustancia de inicio. Decidimos explorar este ítem ya que muchas veces la sustancia con la que las consultantes se inician en el consumo no coincide con aquella que motiva el tratamiento.

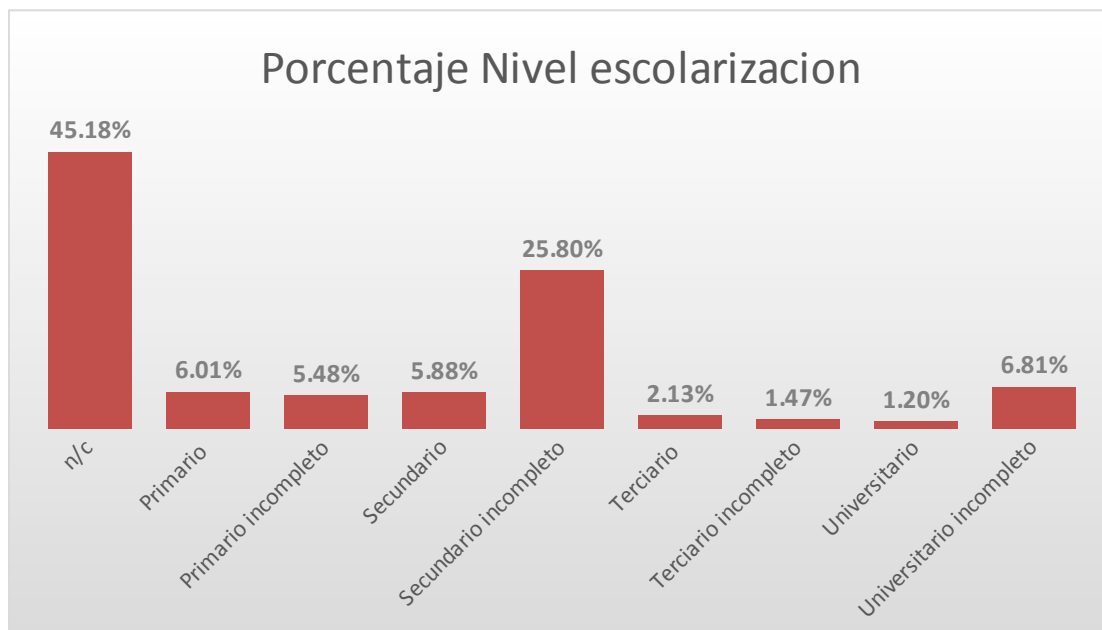
Frecuencia de tipo de sustancia psicoactiva con las que las consultantes se iniciaron en el consumo. Fuente: elaboración propia



Nivel de escolarización

Lamentablemente debido a la ausencia de datos en los registros no pudimos establecer este valor en 338 casos. En cuanto a los restantes hallamos que los picos más altos se concentran en un 25,80% con secundario incompleto y el 6,81% con nivel universitario incompleto.

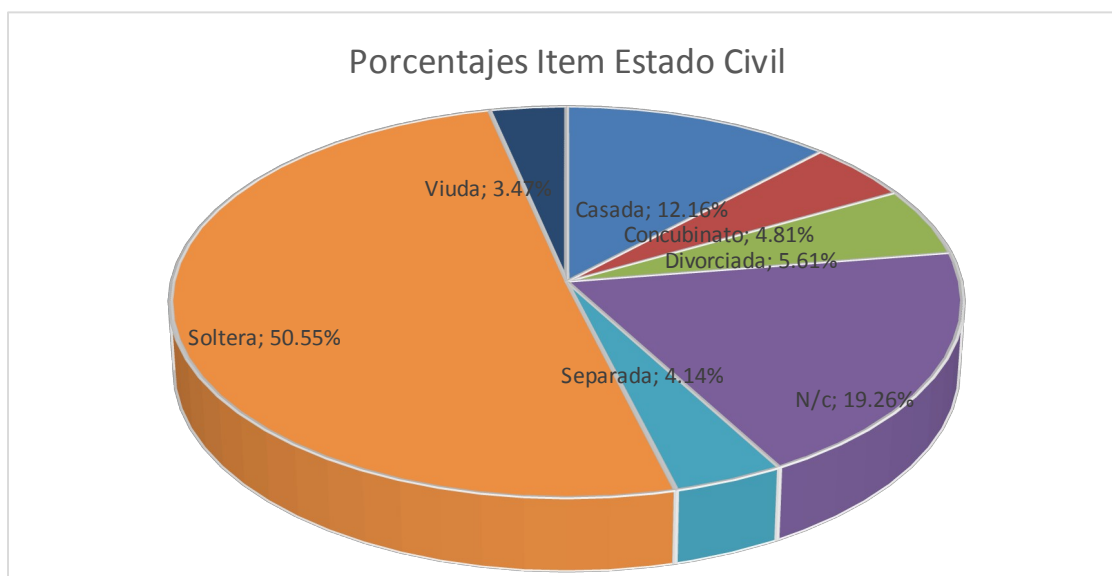
Porcentajes del nivel de escolarización de las consultantes (período 2004 al 2013) Fuente: elaboración propia



Estado civil

La mayor parte de las consultantes manifestó estar soltera (50,53%), un 12,16% casada y después los porcentajes disminuyen presentando un 3,47 % viuda, un 4,81% en concubinato, 5, 61% divorciada.

Porcentajes totales del ítem Estado Civil de las consultantes (período 2004 al 2013) Fuente: elaboración propia



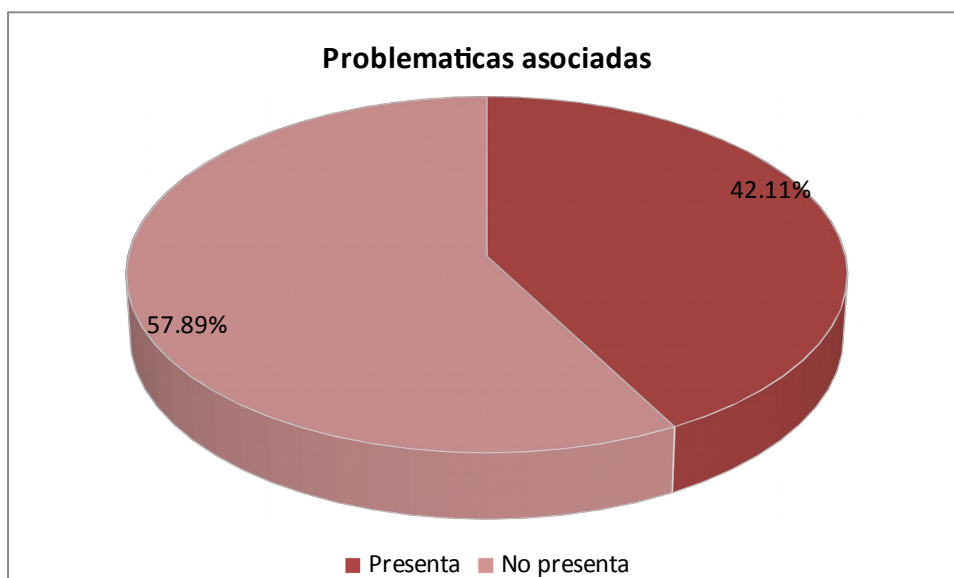
Maternidad

Por otro lado, el 47,45% de las consultantes eran madres y el 43,71 restante no lo era. Sólo un 8,82 % de los registros escritos no contenía los datos que nos permitían establecer si la consultante tenía o no hijos.

Patologías asociadas

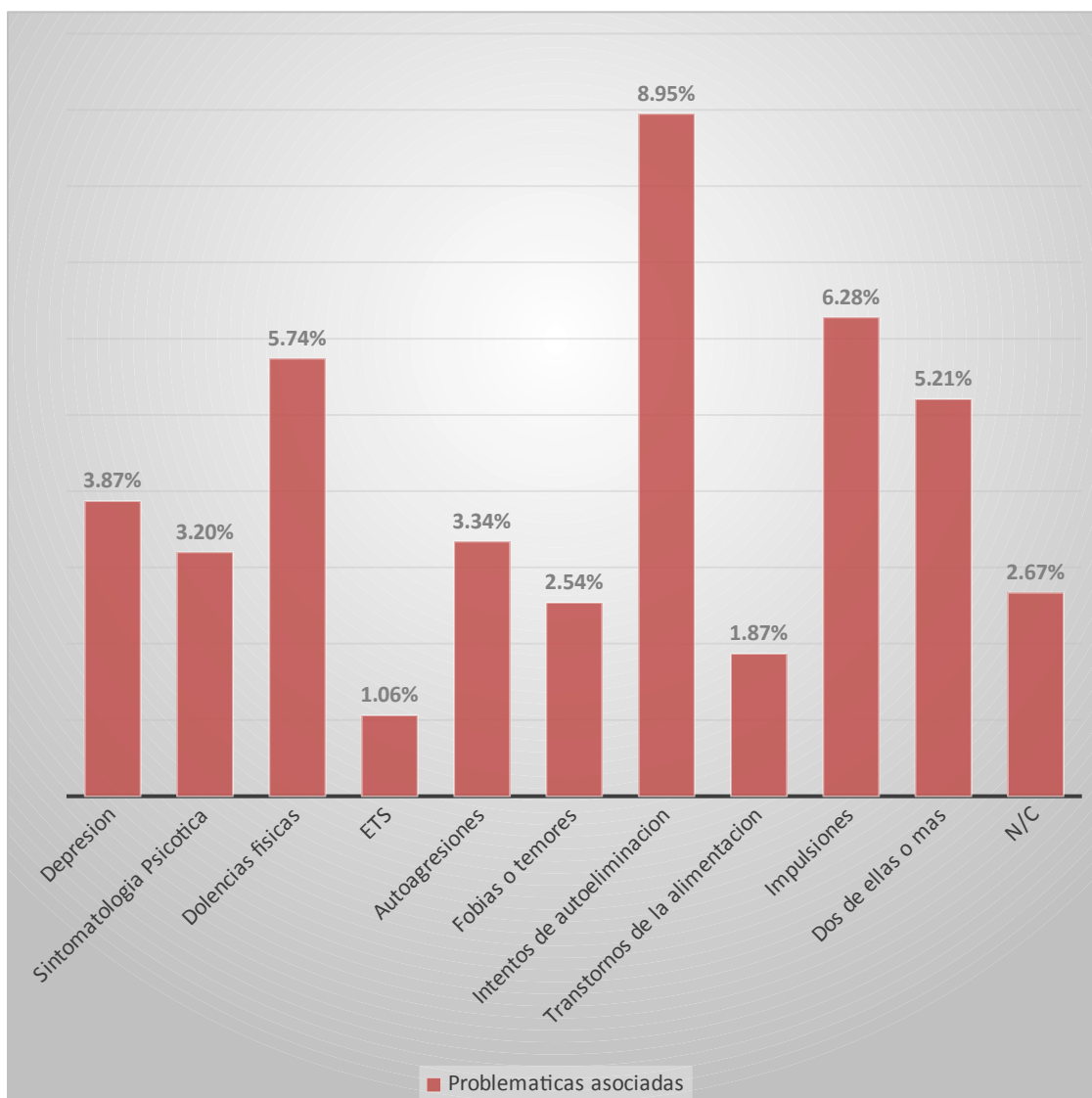
Pudimos advertir que las pacientes presentaban además de la problemática por la que demandaban atención, otro tipo de *dificultades graves* cuya alta frecuencia resultó significativa. Se trata de toda una serie de padecimientos mencionados por las pacientes cuyo riesgo queda desplazado, apareciendo en el relato en un segundo plano respecto al consumo. Es decir, la consulta de las pacientes en la institución no era motivada por las consecuencias de estas problemáticas, cuya aparición era generalmente anterior en su vida al consumo de drogas o concomitante a ella. La mención a estas problemáticas aparecía en los relatos de las pacientes ya sea desde la primera entrevista o en el curso de las mismas. Se incluye en este grupo a toda una serie de problemáticas muchas de las cuales comprometen al cuerpo. Los registros escritos de los profesionales que atendieron a las pacientes registraban, en un 42,11 % de los casos problemáticas graves sufridas al momento de la consulta o en el pasado además de la dificultad causada por el consumo, la toxicomanía o el alcoholismo.

Porcentajes totales del ítem *problemáticas o patologías asociadas* presentes en las consultantes (período 2004 al 2013) Fuente: elaboración propia.



Casi la mitad de la población afirmó padecer o haber padecido algunos de los siguientes *síntomas y/o patologías*: depresión 3,87% (29 consultantes), sintomatología psicótica 3,2% (24 consultantes), dolencias físicas graves 5,74% (43 consultantes), enfermedades de transmisión sexual 1,06% (8 consultantes), autoagresiones 3,34% (25 consultantes), fobias o temores 2,54% (19 consultantes), intentos de autoeliminación 8,95% (67 consultantes), trastornos de alimentación 1,87% (14 consultantes), impulsiones 6,28 % (47 consultantes), 2 de ellas o más 5,21 (39 consultantes). N/C 2,67% (20 consultantes).

Porcentajes del tipo de *problemáticas o patologías asociadas* presentes en las consultantes (período 2004 al 2013) Fuente: elaboración propia.

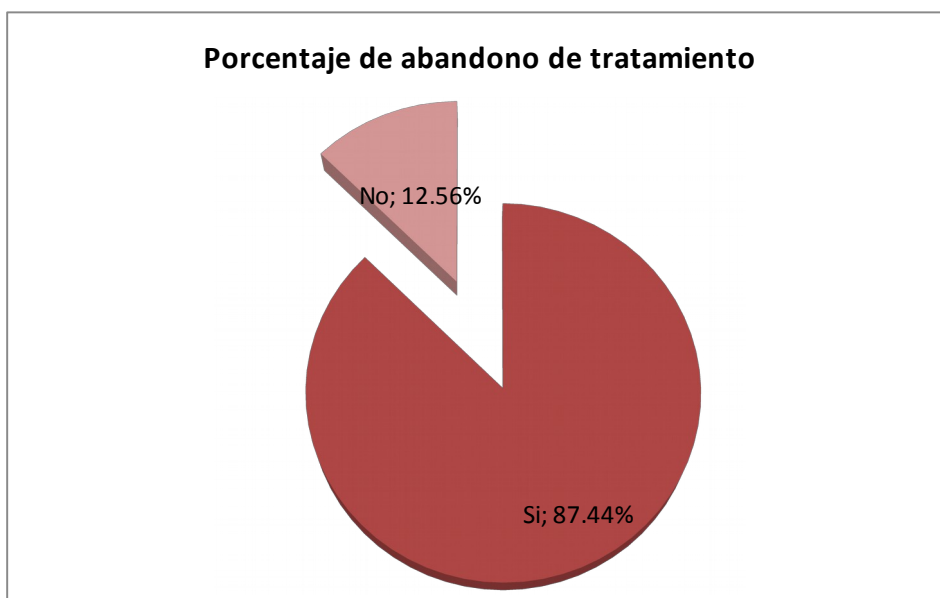


No queremos dejar de mencionar que el 11,36 % de los registros indagados contenían testimonios de las consultantes de haber padecido *abuso sexual* intra o extrafamiliar en algún momento de su vida.

Es destacable también el porcentaje de *abandono de tratamiento*. Del total de las consultas recibidas, un 87,43% interrumpió el tratamiento iniciado. Sólo el 12,56 % de las consultantes transitaron el tratamiento o fueron

derivadas a otros centros para continuar allí con el mismo. El *alta* solo fue otorgada en 19 de los casos que consultaron a lo largo de los 10 años que relevamos, reflejando esto que sólo el 2,54 % de las demandas de tratamiento culminó en un alta.

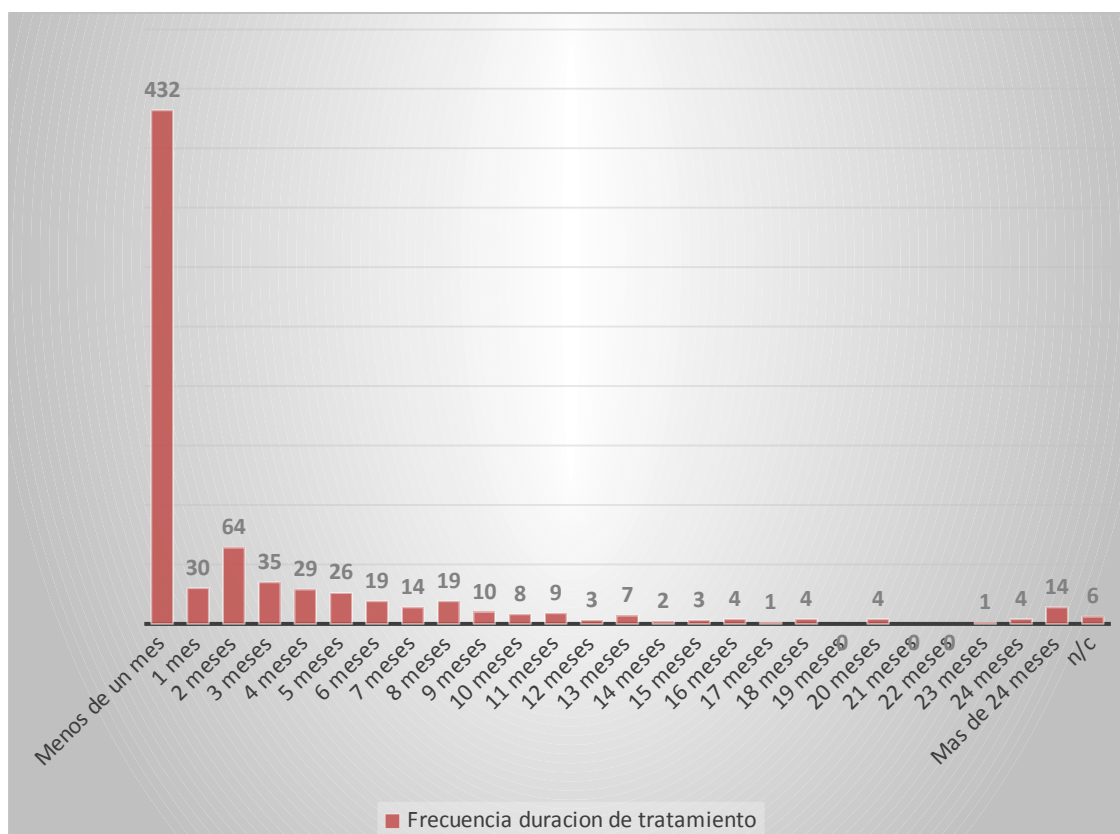
Porcentaje total del ítem *Abandono de tratamiento* en las consultantes (período 2004 al 2013) Fuente: elaboración propia



Duración del tratamiento

En cuanto a la *duración del tratamiento* pudo observarse tal como lo ilustra el gráfico, que el 57,75 % de la población abandonó el mismo antes de que concluya a un mes de iniciado. Es decir, asistieron a una o dos entrevistas, tras las cuales abandonaban. Si bien es notable la variación en la duración del tratamiento, los valores se concentran mayoritariamente en aquellos tratamientos cuya duración se sostiene dentro de los primeros 6 meses. Agrupándose marcadamente en la variable *menos de un mes de tratamiento* que concentra casi el 60 % de los casos.

Frecuencia correspondiente a la duración total del tratamiento en mujeres consultantes durante el período comprendido entre el año 2004 al 2013. Fuente: elaboración propia.



Reingresos

En cuanto a los reingresos, durante el lapso estudiado se registraron un 15% de reingresos. Esto corresponde a 114 reingresos en 10 años, y sólo el 3% de las demandas de atención culminó en un alta (19 personas recibieron el alta).

Conclusiones

En primer lugar, queremos destacar que nuestros resultados coinciden con lo expuesto en los informes que acentúan la asimetría en la consulta por adicciones entre hombres y mujeres provenientes de diferentes partes del

mundo. Coincidimos además con aquellos estudios que afirman que las mujeres con problemas de consumo son proclives a sufrir abusos sexuales.⁶³

Además, los datos arrojados por nuestro relevamiento coinciden con los aportados por aquellas publicaciones dedicadas al abordaje de lo que se denomina “comorbilidad” o de “trastornos psiquiátricos” frecuentes en pacientes con consumo problemático de sustancias (CONACE 2004; Pérez Gómez y Correa Muñoz, 2011; Bricolo, Gomma, Bertani, & Otros, 2002; Gutierrez, Mora, Unikel & Otros 2001)

Hay indicios que nos permiten suponer que ciertas problemáticas afloran en la historia de las mujeres consumidoras antes del desarrollo de una adicción. Entendemos que esto abre un punto de interrogación. En nuestro estudio recortamos las problemáticas reiteradas independientemente del diagnóstico psiquiátrico, ya que los registros contenían información volcada por diferentes profesionales con criterios diversos. A pesar de que no fuera el objetivo de esta investigación un estudio sobre comorbilidad, a medida que fuimos avanzando en el relevamiento de los historiales advertimos el gran porcentaje en que estas problemáticas (*menos graves que el consumo desde el punto de vista de las pacientes*) se presentaban. Otro aspecto que llamó nuestra atención fue el que muchas de estas problemáticas afectaran al cuerpo directamente, como es el caso de los trastornos alimentarios, mencionados por algunos autores como un factor de riesgo a la hora de desarrollar una adicción (Blanco, Sirvent, Villa Moral, & Otros 2010)

⁶³ Ver capítulo 1

Algunos autores que ya fueron expuestos en el apartado C del capítulo 1, plantean que la comorbilidad augura un peor pronóstico en los pacientes que la padecen.

Por otro lado, pensamos que el alto porcentaje de abandono abre una línea de investigación que debiera seguirse. La poca adherencia al tratamiento registrada por nuestras consultantes nos invita a repensar por un lado cuestiones clínicas y además los criterios terapéuticos sostenidos por el sistema de salud público.

Si bien la información expuesta no puede generalizarse al resto del país, queremos destacar que nos permitió además de comparar datos locales con información proveniente de otros países, ofrecer un panorama vigente de la cuestión en la región, a la vez que abrir interrogantes que podrían ser abordados en el futuro.

4.b. II. Casos clínicos.

Introducción

Presentaremos ahora una serie compuesta por cinco casos que hemos denominado (resguardando la confidencialidad) como caso Anabel, Malena, Lucía Carla, Melania y Alejandra. Cada uno de ellos es el resultado del recorrido terapéutico llevado a cabo en una institución pública⁶⁴. La elección de estos casos por sobre otros, obedece al hecho de que nos fue posible despejar en cada uno tanto el inicio del consumo como la función que el objeto tóxico ocupó en nuestras pacientes y sus vicisitudes, mostrándonos además de qué modo ciertos aspectos privilegiados de la sexualidad femenina operaron allí, permitiéndonos entenderlos desde otra perspectiva y con mayor profundidad.

No queremos dejar de señalar también la importancia que en cada uno de ellos adquirió la cuestión transferencial, soporte sin el cual hubiera sido imposible sostener el proceso, avanzar y transformar una solicitud de tratamiento en una demanda de análisis que pudo desarrollarse en el marco de una institución pública, con todo lo que eso implica⁶⁵.

En cada uno de esos casos se acentúa como veremos a continuación, algún aspecto de lo femenino. Cuestiones que hemos recorrido a lo largo del capítulo dos de esta tesis, dedicado a indagar el modo en que la sexualidad femenina se presenta en el psicoanálisis orientado por la lectura de Lacan.

1. Alcohol y estrago materno. MELANIA

⁶⁴ Ver instituciones en las que se llevó a cabo la investigación. Capítulo 3.a.II

⁶⁵ Nicolás Campodónico (2016) en su tesis doctoral "Presentación y formalización del síntoma: Psicoanálisis aplicado en centros de Salud de la Plata", aborda las particularidades del ejercicio del psicoanálisis en instituciones asistenciales.

Presentaremos ahora un caso para cuya exposición establecimos tres cortes o tramos de tratamiento en función del desarrollo del mismo y los cambios subjetivos.

Este tratamiento se extendió por más de tres años y fue sostenido semanalmente por la paciente que se ausentó sólo de manera excepcional. El interés por remarcar la continuidad y el compromiso nos interesa particularmente ya que en el trabajo en instituciones públicas dedicadas a este tipo de presentaciones nos encontramos con un alto nivel de deserción (como mostramos en el capítulo 4). A medida que se desarrolló fueron apareciendo diferentes aspectos de su historia familiar y se pudo reelaborar en transferencia la historia. El alcohol acompañó esos movimientos, desplazándose y ocupando diferentes lugares o funciones a lo largo del tiempo, que la paciente pudo circunscribir.

Si bien desde los primeros encuentros Melania consiguió acotar el consumo de alcohol, lo que constituía en efecto la demanda que la paciente formuló desde las primeras sesiones en las que expresó: "*quiero tomar menos*". La posibilidad de instalar una pregunta sobre ello y relacionarlo con su historia familiar -puntualmente en función del vínculo materno- no hubiera sido posible sin un tiempo previo en el que se estableció entre profesional y paciente una fuerte transferencia.

Durante las primeras entrevistas la imposibilidad de hablar en el sentido más literal de la expresión, no fue un obstáculo, sino que pudo ser alojado, respondiendo al silencio con palabras que ubicaron a Melania como objeto causa de deseo, en este caso del analista. Esas maniobras iniciales instalaron las condiciones para un análisis en el pleno sentido de la palabra. En ese

camino, la certeza del rechazo materno y los significantes con los que se ubicó en relación al Otro y que la dejaban en el lugar del desecho, fueron elaborados junto a los efectos subjetivos que acarrearón. Abriendo a su vez nuevas posibilidades.

Por otro lado, la paciente puso en palabras una historia en la cual los modelos de goce se ordenaron en la serie que se formó por abuela, madre y padres alcohólicos. Abuela y padre quedaron del lado del amor y la madre en el lugar de objeto odiado, permaneciendo durante todo el tratamiento como el punto más insistente y angustiante. La opacidad del deseo del Otro retornaba como certeza y se extendía a todos sus vínculos, que terminaban signados por un “*no soy para nadie importante*” empujándola al encierro y al alcohol tras la confirmación constante de los signos de ese rechazo.

1. Instalación de la transferencia y el lugar del alcohol como modo de evitación y respuesta ante la pregunta por el deseo del Otro

Melania de 45 años de edad, acude a la institución luego de que un amigo se lo sugiriera. Tiene: “*problemas con el alcohol*”. Empezó a consumir en la adolescencia y hace algunos años se le tornó inmanejable, se encierra y consume en la soledad de su casa.

El primer tramo del tratamiento estará marcado por sesiones muy cortas, que no duran más de 10 o 15 minutos a causa de la imposibilidad que la paciente tiene en avanzar en su relato. Era tal el monto de angustia experimentado que se le volvía imposible emitir sonido alguno, tampoco podía llorar, en ese escenario tras varios minutos procedíamos a dar corte a la sesión para volver a vernos la semana siguiente a la misma hora. Esto no le impedía

sin embargo quejarse o enojarse cuando había alguna demora en mi consulta y tenía que esperar a pesar de tener un horario asignado. Pero sus quejas fueron alojadas y se le dio el primer horario para evitar demoras y pudo empezar ahí a poner en palabras su novela familiar.

Es la segunda hija de un matrimonio marcado por el desamor y el alcohol. Su padre, un hombre que la quería y a quien salía por las tardes a buscar por los bares de la ciudad (hallándolo la mayoría de las veces ebrio) aparece en su relato como una persona cariñosa con la que podía hablar, quien la escuchaba y la cuidaba. Durmió con él hasta la edad de 12 años. Con su madre en cambio *“no tenía trato”* y en la necesidad de mantenerse lejos de ella a causa de la mala relación que mantenían, Melania pasaba gran parte del día en la casa de sus vecinos, con su abuela o también imaginando que su padre tenía una familia paralela de la que algún día formaría parte. Su madre se ocupaba de su hermana mayor (una joven con algún tipo de patología mental o retraso) que termina quitándose la vida a los 20 años y de un hermano menor que es señalado como el que está en el centro del deseo materno. En los pocos recuerdos que la paciente dice mantener de esa época se define aislada, callada y blanco de las agresiones físicas de su madre. Esta madre además dirá *“no me hablaba nunca”* y pasó los últimos años de su vida alcoholizada y en silencio. Falleciendo a los 56 años de edad de un ataque cardíaco mientras dormía.

El hablar de su madre que en un inicio la dejaba tan angustiada como muda, se vuelve más tarde fuente de enojo y odio. No quiere hablar de ella. Había logrado dejar atrás y no pensar en el odio que esta figura le generaba. Durante muchos años odió a su madre, *“ella era mi enemiga”* dirá, al punto de

alegrarse cuando se murió. Episodio que sucede tras 5 años de pérdida de contacto entre ellas, ya que había cortado luego de la muerte de su padre, teniendo Melania 20 años.

Hablar de esta madre la lleva a formular una pregunta *¿Por qué no me hablaba?* La ausencia de la voz materna como signo inequívoco de desamor, la conduce a revisar los efectos de esta carencia. Paralelamente, muchas de las palabras con las que se refiere a ese desamor materno son dirigidas también a un hombre con el que mantiene desde hace un tiempo una relación insatisfactoria marcada por la sombra de otras mujeres que la desplazan y la certeza de que ese hombre no la quiere.

En cuanto al alcohol sucede que a medida que la paciente avanza en el tratamiento modera el consumo, deja de embriagarse. Ella que pasaba sus días encerrada sola y tomando alcohol logra limitarlo sin imposiciones. Lo va dejando y para ella esto es una sorpresa.

Sin embargo, el uso empezará a ligarse ahora a las dificultades que atraviesa en su relación sentimental. Ante cada pelea o desilusión recurre al alcohol. Cuando la situación no se desarrolla como ella pretende, aparece la certeza de que ese hombre no la quiere y la sensación de rechazo insistente la empuja a recurrir al alcohol en la soledad de su casa. Ubicado este uso, empieza a preguntarse en qué momento empezó a tomar sin límites y por qué. Recuerda que su abuela tomaba alcohol fino, al igual que su madre. Y que su padre se embriagaba en los bares. *“Todos a escondidas”*. *“Yo en cambio, no me escondo de nadie”* dirá.

Una de las respuestas que le suscita la pregunta por el uso que hace del alcohol es “yo no me quiero”. “Siempre me agredí” y agrega:

“...desde chica que lo agredí al cuerpo. Tomé pastillas a los 9 años, me levanté y discutían como siempre mi abuela y mi mamá. Siempre se discutía. Yo no quería escucharlas y no lo aguanté más y tomé pastillas. Un vecino me llevó al hospital. Papá no estaba. El segundo intento de suicidio fue en el 2012. En abril, no quería vivir más. Me lastimé, la trincheta no funcionó. No pudieron coser nada. No salió.”

Melania empieza a ubicar cómo la falta de amor del Otro materno se transformó en un rechazo por ella misma. “soy mi enemiga” dirá. En su casa no tiene espejos. No me gusta mirarme, no me gusto yo. La inversión gramatical abre otra mirada y otras posibilidades. Pasa del “ella era mi enemiga”, a un “yo soy mi enemiga”. El trabajo en este punto del tratamiento es acotar de alguna manera el goce que sostiene en ese hacerse mal, rechazarse o prestarse al maltrato del otro. Los efectos son rápidos, sale de su casa, se reencuentra con amigos que hacía años que no veía, deja de fumar y se hace luego de 10 años chequeos médicos. Lo que el Otro no pudo, se vuelve ahora una tarea propia.

II. Las otras madres

El rechazo y la indiferencia materna se transforman en un agujero en el que la paciente no puede evitar dejarse caer. O bien se enoja, se lastima a sí misma, quiere golpearse o se sumerge en un odio que la deja “impotente”, “Ya está muerta, no puedo cambiar el pasado”. Este punto resiste y el pasaje por la palabra no logra reducir sus efectos devastadores en la paciente que cae cada vez en una especie de vertiente depresiva, donde todo se aplasta, nada vale y queda suspendido el sentimiento de vida.

Durante las primeras sesiones y en relación a su infancia mencionó una vecina que ofició de figura materna. A modo de intervención y viendo que queda demasiado arrasada por el rechazo materno se retoma esa figura, a partir de la cual empiezan a aparecer en su relato toda una serie de figuras maternas sustitutas en quienes Melania logró hacerse un lugar especial.

En esta serie menciona a la vecina, una mujer que no había podido tener hijos y a quien se apegó mucho. Una de las “*madres sustitutas*”, a la que recurrirá cuando se enfermaba, en ocasión de su primera menstruación, etc. con quien puede armar una de las pocas referencias femeninas y maternas del lado del amor. Esta mujer la cuidó y ubicó en el lugar de niña favorita, al igual que ocurrió con su abuela, que a pesar de ser caracterizada por la frialdad y el alcoholismo mantenía con la paciente una profunda relación de afecto, “*era la consentida*”. Melania empieza a recordar todos estos vínculos que ella misma “*adoptó*” y que oficiaron de sustituto materno. En relación a ello dirá: “*andaba buscando madres*”, a lo que la analista responde: “*se ve que las encontró*”.

III. Sueños de muerte, duelos detenidos y la mascarada como modo de tratar la falta

Un primer sueño es traído a la sesión:

“Mi papá está en una casa a la vuelta de mi casa, aparece mi mamá. Había agua y mi papá estaba en un bote. Era la época de antes de morirse, una chiquita que no era mi hermana se tira al agua y se va con mi papá y dos perros, yo no iba con mi papá y me quedaba ahí llorando”.

Las asociaciones la llevan a recordar la etapa previa a la muerte de su padre quien padecía cirrosis y una grave hernia.

“Fuimos solos al hospital, mamá se limitaba a ir en el horario de visitas y yo estaba todo el día ahí. El médico me preguntó si yo autorizaba la operación. Fue un peso la decisión, fue horrible el momento. Pero me dijo que si no lo operaban se moría. Había que correr el riesgo. Cuando sonó el teléfono se me vino el mundo abajo. Me quedé en la nada, se me cayó la pared en donde me apoyaba, en el medio de la nada. No pude ir al cementerio, nunca pude ir al cementerio...”

El dolor que siente por la muerte del padre es actual y la acompaña desde hace 25 años, aún lo llora y repite *“me quedé en la nada”*, esto le hace pensar en sus *“ganas de no vivir”* y su segundo intento de suicidio, 5 años atrás. Luego de esta sesión se ausenta y regresa haciéndome saber su deseo de abandonar el tratamiento, mencionando además que ha tenido otro sueño.

“Un montón de cadáveres, y yo quería salir de ahí. Me desperté gritando ¡estúpido! Una montaña de cadáveres de animales, yo intentaba salir de ahí. Inmediatamente la imagen de mi perra, viene a casa y hay un tipo que la llevaba obligándola a llevar algo pesado al cuello, le grité ¡estúpido!”

Entre las asociaciones de este sueño dirá: *“salir del espanto. Era muy desagradable la imagen, y yo llevando un peso, un nudo en la garganta. Me siento estúpida, me genera impotencia”*

Se le señala que en el primer sueño ella se quedaba llorando, ahora la escena la presenta en una acción que la empuja a salir de ahí, *“salir del espanto”*. A partir de allí comienza a elaborar una serie de muertes, el suicidio de su hermana, la muerte de su abuela, el fallecimiento de su padre. Se presenta a las sesiones muy deprimida, sin ganas de hablar, manifiesta nuevamente sus deseos de morir. Concluye que en toda su vida hasta ahora

“sólo vio el tiempo transcurrir”, y sus elecciones la llevaron a empeorar y “hacerse todo en contra”. “No me cuidaron y ahora tengo miedo de seguir lastimándome a mí”.

Se angustia cada vez que se escucha decir que ella es su propia enemiga. Le sorprende el haberse dado cuenta de eso y la enoja seguir haciendo lo mismo *“no parar de hacerme mal”*. Hay una Melania que ya deja de gustarle. Recuerda el primer sueño... *“me quedaba llorando, no me tiraba al agua...” quiero tirarme al agua* dice.

La relación sentimental que mantenía cada vez se vuelve más insatisfactoria, la insistencia inicial de saberse el desecho, la rechazada y no querida, pasa a moderarse. Se pregunta si su necesidad de amor no la deja enojada por no ser las cosas como ella quiere y en la víspera de su cumpleaños empieza a organizar un viaje al mar con sus perros.

Al regreso del viaje, Melania dice *“no tuve ningún momento para sentirme mal”*. El hombre con el que salía se olvidó de su cumpleaños esto le dolió, siente insatisfacción ya que nunca le pudo decir lo que le hacía mal. El no hablar y el alcohol la conducen en sus asociaciones nuevamente a la vía materna, que permanecía en silencio y alcoholizada. Pero en la cual ya no tiene por qué quedarse.

A medida que avanza el tratamiento, Melania pone en palabras su historia y logra elaborar sus duelos principalmente el de su padre, para quien ella ocupó un lugar en el deseo. En cuando a su madre el duelo no será por su pérdida, sino por la falta de deseo que caracterizo un vínculo cuyos efectos la

dejan en una pendiente de muerte. “*Salir del espanto*”, es para Melania un trabajo diario del que se sostiene con el tratamiento.

Si bien la angustia ligada al vínculo materno retorna, empieza a moderarse y la imagen de Melania cambia. Se compra un espejo y lo coloca en el baño, soportando la imagen que le devuelve y que ahora lentamente le empieza a agradar, se maquilla y arregla con más cuidado. Elige ropa que le gusta, resalta sus rasgos atractivos. Trata de usar la bicicleta para asistir al hospital de modo que pueda cuidar su figura y empieza a ocuparse de su casa. La casa que heredó de sus padres y que sólo había oficiado de refugio para el alcohol y la soledad se transforma, junta dinero para pintarla con colores vibrantes, arregla el jardín del que se ocupa con esmero como lo hacía su abuela a quien califica de experta en esos cuidados. Invierte en reparar el techo, la cocina y su dormitorio.

Su cuerpo femenino antes rechazado, con el que había evitado encontrarse eliminando de su casa los espejos, es ahora fuente de goce, piensa en la posibilidad de relacionarse con otros hombres, habla con algunos y se desilusiona. Pero la desilusión no la arrasa. Ella que se definía sin suerte para las relaciones empieza a observar parejas, se pregunta sobre aquello que causa el deseo del otro y puede poner en cuestión su certeza de no ser digna del amor que ahora remite al vínculo que mantuvo con su madre.

Que Melania pueda reconstruir los hilos con los que se tejió su historia y encontrar en ciertos rechazos insistentes las marcas del desamor materno no dejará de ser (aún avanzado el tratamiento) fuente de una profunda angustia. Trabaja activamente para separarse y no quedar devastada y alienada al otro materno que la empuja al silencio, al alcohol y a la posición de resto de la que

ahora está advertida, y de la que puede correrse diciendo “*esa es mi mamá*” cada vez que el espanto la acecha.

2. La maternidad como límite al consumo. MALENA.

Una mujer de cincuenta años, demanda atención a causa del consumo excesivo de alcohol. Manifiesta haber consultado previamente a una terapeuta particular, a la que terminó descartando ya que “*siempre se hablaba de lo mismo*” y “*minimizaba el consumo*”. En un segundo intento, efectúa una entrevista con otra profesional de la institución en la que se lleva a cabo este tratamiento, quejándose por no sentirse cómoda y excusándose en dificultades de horario, pide un cambio de profesional, de modo que me es derivada.

Se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico por lo que ella llama una “*depresión crónica*”, motivo por el cual se encuentra medicada desde hace varios años. No puede precisar cuántos, al tomar medicación sin control médico ha desarrollado una dependencia que es advertida por la paciente quien experimenta síntomas como sudoración e insomnio cuando por alguna razón suspende la toma. Como primera intervención entonces, sugiero una interconsulta con un psiquiatra para regular la toma de ansiolíticos. Cabe destacar que desde el inicio del tratamiento y hasta el final del mismo Malena no problematizará el consumo de psicofármacos, que una vez regulados por el psiquiatra consumirá de acuerdo a lo indicado por este.

Por otro lado, Malena refiere padecer una serie de fenómenos psicosomáticos y enfermedades como alergias y dolores corporales, un tumor por el que no tuvo graves secuelas y erupciones en la piel que la han acompañado la mayor parte de su vida.

1. El Inicio del consumo y los ideales de la época

Habla del consumo de alcohol, toma sola o con su pareja, quien sí puede limitar la bebida. Si bien al momento de la consulta su problema era el consumo excesivo de alcohol, ubica en su adolescencia el inicio del consumo de diversas sustancias, ligándolo a su vez a su hermana unos meses mayor que ella. En un contexto enmarcado en los años previos al proceso militar, en un clima que describe de libertad “*amor y paz*” lema de la juventud que aparecía en escena.

Malena y su hermana miraban desde la ventana de su casa a los grupos de jóvenes que se reunían en la plaza y no tardaron en unírseles. Iniciándose así en la marihuana, la cocaína, el alcohol, y el rock: “*era una hippie*” recuerda con felicidad. En ese contexto conocerá más tarde a un hombre, con quien decide mudarse a una ciudad de la costa, abandonando la casa materna.

Aquella intempestiva decisión de abandonar la ciudad en la que vivía con un hombre que conocía superficialmente, fue para Malena un modo de cortar un vínculo fraterno asfixiante. Dirá. “*Me tenía que ir de ahí. Tenía que separarme de mi hermana*”. Describe a su hermana como una “*enferma mental*” sin precisar de qué se trataba esa dolencia. Recuerda su infancia, cuando solían vestirlas iguales y tenía que tolerar los caprichos con los que

esta hermana sometía a toda la familia. Ella no se podía quejar, quedando en el lugar de *“acompañante y cuidadora”*.

Recuerda que al irse de su casa recibió una dura carta en la que su hermana le hacía saber que jamás le perdonaría el *“abandono”*. *“Estaba loca mi hermana”* repite Malena.

Pasado un tiempo de turbia convivencia con aquel hombre, empieza a demandarle un niño *“a los 30 años quería tener un hijo, deje de tomar las pastillas”*. El acepta y ella queda embarazada.

II. Maternidad y suspensión del consumo

Durante su embarazo, continúa consumiendo cocaína y alcohol. El corte se produce a partir de un episodio que describe de la siguiente manera:

“Deje de tomar (cocaína y alcohol) porque terminé internada, me agarró un ataque cuando estaba embarazada en la casa del padre de mi hija, yo tomaba estando embarazada y me agarró un ataque de pensar que mi hermana se me metía en la panza y me quería sacar a mi hija. Gritaba y pensaba que estaba poseída, veía todo nublado. Era un monstruo. Me había agarrado un demonio. Rompí un vidrio, me quería ir. Quedé internada. Me quería suicidar. Llamaba a mi mamá, mamá dijo que estaba drogada. Cuando llego mamá me calma. Le decía a mi mamá que no tenía más a mi hijo. Creía que me lo habían sacado. Mamá no quería que sea mamá. Yo a mi hija la iba a tener fuese como fuese. Porque me lo había propuesto”

Luego de lo que parece ser un episodio psicótico (al que Malena no vuelve a hacer referencia) y tras el nacimiento de su hija, se aleja completamente del consumo de drogas y alcohol, dedicándose de manera

exclusiva a la crianza de la pequeña. La suspensión del consumo se da espontáneamente, la paciente no se lo propone. Simplemente lo abandona y pocos años más tarde luego de una golpiza decide abandonar a ese hombre y retorna a la casa materna, quien la ubica laboralmente en una dependencia pública, en la que se desempeña hasta el día de hoy. Describe esos años como *“viviendo para su hija”*. *“Era todo lo que importaba. Lo más importante del mundo. La veía a ella y me veía a mí”*. Dirá.

Luego de varios años conoce a un hombre bastante mayor que ella por internet y vuelve a formar pareja. A pesar de la desilusión que le generó la apariencia de este hombre y el contraste con sus expectativas, se quedó con él, *“un hombre bueno”*. Es este hombre el que le hace ver que es *“todo para la niña”* y que no hay resto para ella. Al tiempo se casa con él. Estableciendo una relación que sostiene en la actualidad. Se lamenta de no haber tenido hijos con él, sin explicar la causa de ello, quedando ese deseo insatisfecho.

III. Una Escena De Seducción y la dificultad para limitar el alcohol

Durante las primeras entrevistas habla de una situación en la que un amigo de su marido *“le tira un lance”*. Denuncia el accionar de este hombre con su marido, pero después se siente culpable ya que no sabe bien qué ocurrió, al encontrarse los dos ebrios. A partir de aquello su esposo rompe relación con su grupo de amigos. Situación que la afecta. Malena ubica la ruptura entre esos dos hombres como uno de los hechos que están en la coyuntura del incremento de su consumo y como uno de los sucesos que más tarde la moverá a demandar un tratamiento.

Llega a preguntarse cómo ha llegado a este punto con el alcohol, y se responde *“reemplazando otras cosas. Me quedó el alcohol”*.

“Cuando llego a casa es el problema no tengo mucho diálogo con P.... El alcohol me lleva a un lugar que siento vacío que es el de amigos. Me lleva al lugar vacío que tengo por no tener amigos. Nunca tuve amigos. Siempre desencajada del grupo, en algún momento tuve la ilusión de salir con la gente de mi edad, con los mismos gustos. Nunca, no se dio”.

Su dificultad en los lazos sociales se remonta a su infancia, nunca ha tenido amigos, frecuentado sólo gente en su ámbito laboral. Siempre más jóvenes que ella y hombres, con quienes le ha resultado más fácil relacionarse. *“son más espontáneos, las mujeres siempre están escondiendo algo, envidia celos”*. Supone que su dificultad para entablar relaciones de amistad es a causa de su hermana, quien *“no la dejaba tener amigas, tenía que estar con ella”*. De alguna manera, el único grupo de amigos que tenía era el de su marido. Vínculo que se corta a partir de la escena de seducción.

“Yo le arruine eso. Le cambié la vida y se la arruiné. Los hijos no me aceptan, tengo ganas de matarme y dejarlo a él con sus amigos”
“Culpable...pienso que desde que nací tuve la culpa de todo. “Siempre soy la que arruina todo”.

A lo largo de las entrevistas Malena oscila entre poder limitar y no poder limitar la bebida. Durante algunas semanas lo logra y otras no, terminando alcoholizada. Situación que genera el enojo de toda su familia. Va hallando una serie de causas, entre las que ella ubica su incremento de alcohol, además del episodio con el amigo de su marido, la menopausia cuando tenía 49 años y el nacimiento de su nieto en la misma época. Se sumará a esto la impotencia de su pareja.

“Cuando empezamos éramos muy apasionados y la nena chiquita. Ahora todo eso bajó muchísimo. Por la medicación que toma y por la menopausia. Él no puede tener erecciones. Lo hemos dejado de lado. Creo que la menopausia me saca el deseo sexual”.

Ubica en el alcohol otra función, la de “despertarle” ganas de tener relaciones sexuales. El alcohol la excita, pero la impotencia de su partenaire, perpetúa un estado de insatisfacción erótica.

IV. La novela familiar: padres caídos y desilusión

La irrupción de un ataque de pánico cuya emergencia se enmarca encontrándose circunstancialmente compartiendo la vivienda con la pareja de su hija. La lleva a reconocer el enojo que le genera su yerno. Se queja de que su hija lo tiene que atender, pero fundamentalmente la enoja que rete a su nieto, un niño que no es hijo de la pareja de su hija.

Abre su relato en torno a la importancia que tuvo para ella que su hija gozara de “*una infancia feliz*”, en contraposición al recuerdo de su propia infancia “*yo no tuve una infancia feliz*”. Malena vivía con su madre, su hermana y sus abuelos. Estos últimos habían alojado a su madre tras la rápida separación de su padre. De esta manera, separación rápida, retorno a la casa materna y ausencia paterna se establecen como un patrón que las tres generaciones femeninas repetirán (madre, hija y nieta).

La separación de sus padres se efectúa cuando ella tenía cuatro años. La mayor parte de los recuerdos que guarda de él son escasas visitas, promesas incumplidas y regalos esperados con ansias pero que jamás se

concretaban. Acompaña a estos recuerdos la sensación de una gran desilusión.

“me acuerdo una imagen, mamá y papá peleando. Mamá va con un cuchillo. Los veo peleando. La pelea tenía que ver con mi hermana. Le quería pegar a mi hermana y mamá la defendió. Tenían peleas. Un día mamá lo echó y le dijo que no volviera más. Venía y nos prometía cosas, un caballito. Volvía ebrio tomaba muchísimo. Nos visitaba ebrio. Mamá quería que se fuera lo antes posible. No lo dejaba entrar y no quiso que se hiciera cargo económicamente. El aceptó. Todo laburo que tuvo lo perdió”.

En otra entrevista dirá:

“Yo no podía dormir, tenía pesadillas. Soñaba con mi padre, los quería tener juntos. Después me di cuenta lo que era mi papá. Una imagen de antes en la playa agarrándome. Mamá me dijo que él tenía predilección conmigo. Quería volver a verlos juntos. Lo deje de ver a los 13 años”.

La marca del padre está signada por la desilusión y el alcohol. Al momento de la consulta la palabra paterna ya no tenía ningún efecto de verdad.

“Hace 9 años lo busqué por internet. Hable con mami conseguimos el teléfono de una tía. Lo vi en plaza Italia estaba ahí de casualidad porque vivía en Córdoba. Fui con marido y mi hija. Lo reconocí y corrí a verlo, nos abrazamos. Me pidió una foto para dibujarme. Se la di y no me la devolvió. Prometió y se fue...no lo quise ver más. Tiene hijos por todos lados, me pidió quedarse en casa, quiere algo y lo tenés que pagar vos. Mi papá tomaba mucho alcohol. Ahora no sé dónde estará. No me interesa si vive o no vive. Me decepcionó. Un vividor fue mi papá. Nunca tuve una imagen paterna. Por ahí lo elegí a mi marido que es más grande que yo por eso. Añoraba la imagen paterna. Siempre tuve vagos alrededor. Nunca conocí el amor de padre. A veces creo que a mi hija le pasa lo mismo. Ella le decía el gordo al padre...el padre de ella. Fallado”

El circuito del linaje femenino -separación rápida, retorno a la casa materna y ausencia paterna- que se perpetúa por al menos en tres

generaciones. Hallará su lógica propia también en el linaje masculino, que lleva la marca del goce anudado al consumo de alcohol y la falta.

Su abuelo, su padre y su bisabuelo tomaban alcohol. Conserva imágenes de ellos ebrios. Su abuelo llegando a la casa por las noches tambaleando. Lo describe como un hombre divertido, con buen humor. Cómplice de las transgresiones que cometía junto a su hermana cuando a escondidas de su madre robaban alcohol de la alacena.

En este punto, la paciente abandona el tratamiento.

Consideraciones finales

Hasta aquí presentamos el recorrido de un caso que nos permitió delimitar la coyuntura de inicio del poli consumo durante la adolescencia, la suspensión espontánea a partir de la maternidad deseada (suspensión del consumo que opera en la paciente espontáneamente luego del nacimiento de su hija) momento a partir del cual logra “una posición abstinerente” que mantiene durante años y la posterior vuelta años más tarde a un consumo que se limita al alcohol y que se encuadra ante la emergencia de una escena de seducción, la impotencia de su marido, el nacimiento de su nieto y la menopausia, que la paciente logra a lo largo del recorrido ubicar y relacionar con el incremento de la ingesta de alcohol.

A pesar de hallar estas coordenadas, Malena no consigue a lo largo de las entrevistas que mantenemos regular o disminuir la toma de alcohol, cuestión que ella misma había planteado como objetivo de su consulta, logra si

moderar la toma durante pequeños períodos, pero posteriormente termina perdiendo el control. En este sentido y parafraseando a Freud podemos decir que no se abandona fácilmente un objeto libidinal aún cuando hay otro asomándose y Malena no parece haber hallado otro. Un trueque de goce es necesario y aquí no parece haber acontecido.

3. El tóxico en función de la relación al partenaire. ANABEL

Este historial corresponde a un tratamiento ambulatorio de un año y medio de duración sin interrupciones, llevado a cabo en un servicio público y especializado de la provincia de Buenos Aires.⁶⁶

La paciente de 49 años solicita tratamiento a instancias de su hija (una joven estudiante de psicología) que le sugiere consultar por su consumo desregulado de psicofármacos. Refiere ya en la primera entrevista que a los 37 años de edad un psiquiatra le recetó antidepresivos que consume hasta ese momento prescindiendo del control médico, se provee de recetas en hospitales o por intermedio de conocidos. Durante las primeras entrevistas, y como primera intervención se le sugiere realizar una interconsulta con el psiquiatra

⁶⁶ Ver Capítulo 3 apartado a. II

que atiende en la institución para ordenar la toma desregulada o iniciar si fuera posible una disminución progresiva.

En pareja desde hace 8 años con un hombre que será durante el tratamiento blanco de sus quejas. Al igual que los dolores ocasionados por una dolencia llamada liquen⁶⁷ y que le impide, entre otras cosas, mantener relaciones sexuales. Anabel repetirá en sus constantes reclamos que su pareja “*No la defiende, no la viste, no le da... no la desea*”. Lo compara con sus anteriores parejas, quienes sí “le daban” dinero, halagos, tiempo. Ellos la deseaban. Mantiene una relación muy conflictiva con las hijas de ese hombre, al punto de haber cortado con ellas toda comunicación.

Interrogada sobre el contenido de sus insistentes quejas y reproches, concluye que su pareja es un “*buen padre*” o más bien dirá: “*el padre y el abuelo que nunca tuve*”. Reconoce que eso la enoja profundamente y que ha dirigido su enojo a las hijas de este hombre, que se benefician de ese rasgo. Señalada la dirección al Padre, como resultado en las sesiones posteriores relata que el suyo fue un padre que “*no le daba*”. Habiendo abandonado el hogar que compartía con su esposa y su hija, para mudarse con quien fuera “*el verdadero amor*”. Anabel pasará a ser “*la hija del hombre que abandono a su madre y la hija que su padre tuvo con la mujer equivocada*”.

Las marcas negativizadas en el deseo del Otro tanto en la línea materna como paterna, insistirán a lo largo de todo el tratamiento. Agrega además haber sido testigo de algunos manejos perversos en su padre ya mayor. Quien una

⁶⁷ El liquen plano bucal es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel y las mucosas, de origen desconocido, que puede manifestarse también en el cuero cabelludo, la piel y las uñas, entre otras regiones con una característica distintiva: es de naturaleza autoinmune, así se denominan las afecciones que son causadas cuando el sistema inmunológico (de defensa del organismo) ataca los tejidos y órganos propios sin conocerse el porqué.

vez fallecida su esposa “*metía chicas en la casa, jovencitas, humildes...que por un poco de comida...tenían 13,14 años.*” Estas escenas la desagradan, pero prefiere no enjuiciarlo. Postura que conservará hasta casi el final del tratamiento.

I. Un lado incompleto y el partenaire ansiolítico

A partir de la separación de sus padres y con el inicio de la actividad laboral materna (que se desempeñaba como enfermera), ya no pudo dormir sola. Por esa razón, ocupó durante toda su infancia y adolescencia el lado que su padre dejó vacío en la cama de su madre. De allí pasó a compartir la cama con su primer marido y posteriormente sus sucesivas parejas llenarán siempre ese lugar evitando que quede vacío. Cuando se precipitaban las rupturas amorosas Anabel se desplazaría a la cama de sus hijos. Ya que no podía estar sola en su cama durante las noches ni en su casa durante el día.

Moldeado sobre la relación materna, este evitamiento a la soledad se extenderá a sus parejas que parecen operar como objetos contra fóbicos o *ansiolíticos*. *Dirá:*

“Tengo miedo de estar sola. Si se va temprano no puedo dormir a la noche, no puedo estar en mi pieza sola. Me da miedo, miedo a los fantasmas, a la gente. Yo sé lo que es el terror”.

Relata un sueño recurrente, que la acompaña desde su infancia. Está encerrada en un salón de la casa de su abuela materna, aparecen fantasmas y no puede escapar aunque lo desea. Las asociaciones de este sueño la llevan a indagar su *terror* a la soledad y precipitan el recuerdo de la agonía de su

abuela, a quien su madre cuidó hasta la muerte, junto a un recuerdo infantil angustiante

“Estaba en lo de mi vecina, el marido dormía en el sillón y me dejaron adentro yo tenía 6, 7 años. Era de día. El hombre dormía en el sillón. Mamá me retaba, la veía por la ventana, yo sentía vergüenza todos dormían...no podía salir, tenía miedo.”

Encerrada, con miedo y sin poder salir. Se pregunta una y otra vez por qué no le dijeron que se vaya a su casa. La maniobra allí es invertir la pregunta. ¿Por qué no se fué? Se abre en ese punto un tramo del análisis en el cual cuestiona su posición obediente y el miedo al rechazo del Otro.

Es también en relación al “terror a la soledad” que ubica un rasgo que ha caracterizado sus elecciones amorosas. Siempre ha elegido hombres “*que no trabajen*”, situación ventajosa a la hora de procurarse mayor tiempo de compañía.

“No le pido que trabaje, le pido que me acompañe...trabaja hace tres días, me preocupa cuando trabaja. El padre de los chicos nunca hizo horas extras. Siempre me afectó cuando mis parejas se ponen a trabajar, pero ahora me puse a pensar. El viene muerto, estoy sola. No sé qué hacer cuando estoy sola. Siempre sufrí cuando iba a trabajar”.

Al romperse su primer matrimonio, a causa de una infidelidad de parte de la paciente, Anabel inicia la toma de antidepresivos. Indagando ese modo de respuesta la paciente reconoce en ella la permanencia de lo que llama “*un lado incompleto*”. Que sólo la relación a los hombres ha logrado obturar. Sin *hombres o pastillas*, aparece el vacío. Ha pasado días en la cama, llorando. Sin poder levantarse. Señala además que cuando se enamora *deja los antidepresivos*.

Ya avanzado el tratamiento, con su presencia semanal constante e instalada la transferencia, la paciente manifiesta con sorpresa no haber advertido la falta de pastillas, cuando las deja de tomar.

II. Un órgano que no quería

Al final de su adolescencia se unió a una congregación religiosa bastante cerrada en la que conoce a su primer marido y padre de sus dos hijos. Recuerda haber convencido a mucha gente para ingresar a esa comunidad religiosa. Habla de su capacidad de convencer a la gente para sumarse a pesar de que en su fuero íntimo *“no había creído nunca en eso”*.

Ya casada, decide ser madre rápidamente. Al poco tiempo de parir su segundo hijo solicita la realización de una intervención quirúrgica para no volver a procrear y años más tarde exige a su médico que le realice una histerectomía”

“Yo la pedí” ...” Cuando me vaciaron, yo no quería más la menstruación. No me servía más para casita de los chicos, no quería más. Era un órgano que no quería.”

A pesar de que no le gustan los bebés, logra criar a sus hijos sin la presencia del padre, definiéndose en la actualidad como una amiga de sus hijos, a quienes mencionará en el tratamiento solo de manera excepcional.

Habiendo gozado desde su juventud de la belleza y de estimular el deseo de los hombres, se define como una *mujer infiel*. Su necesidad de compañía de un hombre y de que este *“la desee”* la ha llevado a engañar a cada una de sus parejas. Relaciones todas iniciadas bajo el signo del secreto. Sin embargo, bajo ese semblante de mujer fatal, Anabel asegura haber sufrido gran parte de su vida de anorgasmia. La actividad sexual fue para ella durante

muchos años carente de placer y hasta obligatoria. No podía negarse al deseo de un hombre. No podía decir que no.

“Lo hacía por hacer. He tenido sexo con gente no pasándola bien porque, no me animaba a decir que no. ¿Cómo hice eso? Nunca dije que no a un hombre porque ya estaba ahí. ¿Qué me van a decir? Toda mi vida dije que sí para que no se enojen. Me cuesta retroceder, dije que sí, horrible, horroroso. Me decía no te cuesta nada. Humillante, decía bueno está bien. Tenía relaciones sexuales insatisfactorias con todos, al principio me gustaba, pero después no, aun sin ganas lo hacía. No podía decir que no al deseo de un hombre. No podía no querer, siempre me dio vergüenza decir no quiero, no puedo”.

Revertirá esa anorgasmia en su adultez, a partir de la relación con un hombre mucho mayor a quien más tarde abandonó para empezar una relación con su actual pareja, a quien al momento de la consulta la paciente le reprocha desinterés y *“falta de deseo”*. Principales motivos de crisis en esa relación: *“él no me desea”* insiste.

III. Relación conflictiva con la madre y un giro de posición

Durante los primeros meses del tratamiento, Anabel repartirá los reproches entre su pareja y su madre, a quien desde hace varios años no le dirige la palabra.

Rememora una Infancia signada por las críticas, la soledad, el tiempo de la madre puesto en el trabajo y el rechazo. Fijada en ese lugar que condensa en la frase que repite insistentemente *“la hija que tuvo con el que la abandonó, la hija que tuvo con la que no quería”*. Queda su ser marcado por el menos, en relación al otro paterno y materno.

Ubicada en ambos casos de manera negativa en cuanto al deseo, insiste en su frase la marca de un tercero (la madre, el padre y la amante) entre los cuales entra indefectiblemente como *“la no querida”*. En este punto del tratamiento relata un sueño que ha tenido la noche previa a la consulta

“Soñé con mi mamá a la mañana. Yo la llevaba a un lugar, la tenía a upa. Una doctora rubia le preguntó qué le pasaba. Ella en lugar de decir que le dolía, le dijo que estaba embarazada. Yo no sabía cómo hacerle señas de que estaba chiflada”

Las asociaciones la llevan a concluir: *“Mi mamá es una carga”*. Si bien no mantenía trato con su madre desde hacía varios años, la contingencia del avance de una demencia senil y la necesidad de cuidado de parte de esta la enfrentan inesperadamente a una disputa con parte de la familia materna, quienes excusados en el deterioro deciden apropiarse de los bienes de su madre aún en vida. La obediencia y los significantes maternos cristalizados en una posición que ella reconoce como *“la tonta”* la dejan al borde de la pérdida del patrimonio. En este punto, la posibilidad de acción se abre a partir del cuestionamiento de la *“tontera”* propia y de la revisión de las ventajas que esa posición le procuró.

Con mucho esfuerzo logra revertir la maniobra de la familia materna, quedando bajo su entera responsabilidad el cuidado de su madre enferma. Se inician largos meses de encuentro con la caída del ideal materno y de la ambivalencia en torno a una madre que por primera vez la necesita. Y a la que puede responder ya no desde el odio sino, *“haciéndose cargo”*, recibiendo además inesperados gestos de amor que la conmueven.

Un plus de goce acompaña esta posición. Logra tener relaciones sexuales y es ella la que las demanda. Pasa en relación a su pareja de reclamar por lo que no le dan a gozar de *dar* lo que tiene, también en lo material, ya que, al hacerse cargo del cuidado de su madre, comienza a administrar los bienes heredados.

Conclusiones

En el caso presentado la coyuntura que mueve a la consulta nos presenta a una mujer que, orientada inicialmente por su hija logra interrogar un consumo desregulado de psicofármacos, mantenido por casi 15 años.

Con el desarrollo de las entrevistas vimos cómo el atravesamiento de una crisis sentimental precipitada ante la falta de deseo sexual de su partenaire. Por quien *no se siente deseada*, la enfrenta por primera vez al hecho de que ni la medicación ni su relación a un hombre “*la tranquilizan*”.

El recorrido por su historia mostrará cómo su madre operó primero como objeto *tranquilizador* y *la* elaboración de escenas infantiles en las que como respuesta a la ausencia materna la invadía el terror, que deviene entrada en la adultez en relaciones con sus parejas y sus hijos funcionando como objetos contra fóbicos o ansiolíticos, a quienes recurre ya que no puede estar sola.

Eso nos permitió elaborar junto a la paciente el modo en que sus parejas y los psicofármacos sirvieron de relevo a la relación materna. Manteniéndola a salvo de las consecuencias de un modo de alienación al Otro escenificado en la constante demanda de presencia del Otro, cuyo reverso nos muestra el derrumbe subjetivo ante la soledad que ella misma califica de “*Terrorífica*”.

Pasando de la madre a los hombres y de allí a los psicofármacos, objeto cuya función es la de tranquilizarla ante las rupturas amorosas. Resulta interesante ver como el psicofármaco se vuelve Inútil cuando se siente deseada por el partenaire: “*cuando me enamoro dejo la medicación*” dice Anabel.

La vía de ser objeto de deseo de un hombre y el semblante “infiel” aparecen como modo de respuesta a la pregunta sobre ¿Qué es ser una mujer? Para ella es ser deseada por un hombre. En este punto, cuando eso vacila, Anabel pierde sus referencias subjetivas “*necesito que me deseen*”.

En ella la vía de maternidad no opera como vimos *drenando todo lo pulsional* (Lacan 1960/ 2002b) más bien al contrario la paciente señala que es la solicitud temprana de una histerectomía la única decisión que tomó sin consultar al otro. Como contrapartida de esta operación en lo real, la posibilidad de indagar su enojo en torno a la función paterna que recaía sobre su pareja y que logramos re-direccionar a su propio padre, un padre impotente y que *no daba*. Inaugura la posibilidad de una relación en la cual ella se permite gozar de lo que tiene, dándole al otro. Diluyendo también la constante posición de queja por el “*no me dan*”, vuelta a un gozar del tener, sostenido en el ejercicio del poder de decisión, del dinero, el mantenimiento del hogar y el “*hacerse cargo de su madre*” tal como lo figura en el sueño que elabora al igual que la relación que mantuvo con ella y los efectos subjetivos.

Por último, resulta interesante preguntarnos si el analista no operó en la transferencia como un objeto ansiolítico, que le permitió de alguna manera prescindir durante el recorrido realizado de aquellos objetos que necesitaba. Cerca del final del tratamiento Anabel en referencia a las situaciones en las que se ve compelida a tomar decisiones o estar sola dirá: “*Te hablo a vos, te hablo*

toda la semana, me causa” Analista causa ya no del relanzamiento de preguntas sino de la posibilidad de respuestas propias.

4. Toxicomanía y goce más allá del falo. ALEJANDRA

“No hay en las farmacias ningún específico contra la existencia; sólo pequeños remedios para los jactanciosos. Pero, ¿dónde está el antídoto de la desesperación clara, infinitamente articulada, orgullosa y segura? Todos los seres son desdichados; pero, ¿cuántos lo saben? La conciencia de la infelicidad es una enfermedad demasiado grave para figurar en una aritmética de las agonías o en los registros de lo incurable...”

Emille Cioran. Breviario de podredumbre, 1949,

Se trata de una mujer de 38 años que inicia la primera entrevista diciendo *“hoy estoy depresiva, estoy mal”*. Cuenta con un extenso historial de consultas en la institución en la que se la atiende, siendo ya su cuarto o quinto

tratamiento. En esta oportunidad demanda atención a causa del consumo de cocaína por vía endovenosa sostenido desde hace más de 20 años. La consulta se precipita a raíz de una serie de altercados que ha tenido con los vecinos del edificio en el que vive y del que quieren desalojarla a causa de reiterados episodios de gritos y peleas. Ante la inminencia de la expulsión intercede su hermano, logrando calmar la situación, exigiendo a Alejandra la realización de un nuevo tratamiento.

Durante la primera entrevista, rápidamente pasa a hablar de su consumo, iluminándose notablemente su rostro. Su entusiasmo aumenta y dice: *“en mis veinticinco años de adicta, mi época de consumo de pasta base fue la más difícil”*. Refiere además que no logra mantener abstinencias semanales y afirma que cuando las situaciones se le complican y la *“superan”* se angustia y consume. No sabe *“de qué manera escapar”* y vuelve al consumo. Círculo en el que gira desde los 15 años.

Vuelve a insistir en lo que ella considera la peor etapa en su historia de consumidora. Entre risas (que ella parece no advertir) dirá:

- ¡Todo esto de caramelos! Y pedía paco...ahí descontrolé y ya no pude parar...

Aludiendo a la relación conflictiva que mantiene con su padre, Alejandra establece una diferencia entre aquel y su madre a quien define como *“más comprensiva, una mujer que ha tenido muchas dificultades pero que entiende que aquellos que se drogan no lo hacen para encontrar una vida más fácil sino porque tienen carencias afectivas y de autoestima”*. Una teoría de la causa que

parece condensar uno de los discursos que en la actualidad circula tanto en comunidades terapéuticas como en medios masivos de comunicación.⁶⁸

Teniendo en cuenta el historial previo de tratamientos se le pregunta qué es lo que espera obtener de este proceso y ¿en qué quisiera que se la ayude? Su respuesta es clara, quiere que se la ayude con el consumo de cocaína por vía endovenosa que desde hace años sostiene. Con ese objetivo enunciado, se le proponen sesiones que se llevaran a cabo en principio una vez por semana. A partir de allí se desarrollará un tratamiento que se dividió en tres tramos. Cada uno marcado por un abandono y un reingreso posterior.

1. El encuentro con las drogas “un antes y un después”

El encuentro con las drogas fue en palabras de Alejandra “*un antes y un después*”. Siendo la menor de tres hermanos, se ubica en el lugar del “*patito feo*”, demasiado alta, demasiado delgada y con dificultades en la vista. Evidencia cierta rivalidad con su hermana mayor, a quien considera más bella, con mejor suerte y quien fuera la figura a la que le reprocha su inicio en el mundo de las drogas a la edad de 14 años. Esta hermana 5 años mayor la invitó a consumir. Antes de eso no tenía amigas y era rechazada por los otros. Ella que era un “*cero a la izquierda*” empezó a ser mirada, volviéndose repentinamente interesante. Comenzó a tener amigos, lazo que hasta ese momento había sido nulo en su vida y se sintió más incluida, a pesar de reconocer cierta cuota de incomodidad que la acompañará en todo momento y lugar.

⁶⁸ Ver Parga Ximena (2016) “Salir del Bardo. Etnografía de las políticas públicas de abordaje del consumo problemático de sustancias en la provincia de Buenos Aires”. El enfoque psicosocial. (PP 92).

Pasó por la marihuana, la cocaína esnifada, el alcohol, el paco y finalmente la cocaína por vía endovenosa. En cada una de las entrevistas mantenidas durante este primer tramo del tratamiento relata su historia con la sustancia tóxica de turno. Cierta fascinación impresiona en sus relatos de consumo o las situaciones extremas a las que se vio llevada por ello.

Se interroga su infancia, periodo que la paciente define como triste a causa de los problemas psiquiátricos de su madre, una mujer que padecía esquizofrenia. La ausencia paterna y su marcada dificultad en el vínculo con los otros y los trastornos de su madre, la expusieron a presenciar situaciones traumáticas junto con sus hermanos. Recuerda escenas infantiles en las que veía a su madre salir desnuda a la calle, mientras ella y sus hermanos esperaban escondidos a su padre, quien los dejaba para irse a trabajar. Menciona un recuerdo, ella y sus dos hermanos encerrados en el baño protegiéndose de la agresión materna, tras uno de sus brotes.

A pesar de ello, define a su madre como una mujer culta y ubica al desencadenamiento de su psicosis tras su propio nacimiento. *“En una oportunidad en la que se hallaba estudiando y hablando de filosofía ya que estudiaba la carrera de psicología, sintió que le pasaba algo en el cerebro y una voz que le decía: basta, más allá está el caos y la locura”*. Infancia y adolescencia quedarán marcadas por dos modelos femeninos de goce: madre loca, hermana adicta y por otro lado su padre, a quien le reprocha *“nunca reaccionar”* y *“sólo internarla cuando estaba muy mal”*, modalidad que reedita con su hija Alejandra.

II. Una relación particular con la muerte (¿Falla de la significación fálica?)

Luego de este primer tramo la paciente se ausenta. Se intenta contactarla sin éxito en los teléfonos que proporcionó y se le deja un mensaje en el contestador en el que se le manifiesta preocupación por sus ausencias. Meses más tarde se presenta espontáneamente en el hospital a la hora en la que sabe nos hallará, ya que averiguó días y horarios.

Me explica que su madre falleció y que por esa razón abandonó el tratamiento. Enunciando ahora necesitar ayuda para *“transitar la muerte de su madre”* ya que no logra salir de la cama y sólo piensa en su muerte. Continúa consumiendo y refiere que tras la muerte de la madre ha tenido un sueño en el que su madre le entrega una cadena y un candado. No hay asociaciones.

Afirma tener lo que denomina *“síndrome de fatiga crónica”*. Logra conservar su trabajo de limpieza de edificios en el turno tarde/ noche, ya que éste le permite dormir toda la mañana y le cuesta levantarse, *“la cama me chupa”*. *“No tengo fe en nada. No tengo consuelo”*. No puede engancharse con nada, no encuentra de que agarrarse. Dice tener: *“ganas de no vivir”*, se inyecta cocaína y *“se desconecta”*

En este punto y a modo de intervención se le hace saber la preocupación que genera su estado y se le propone una internación. Propuesta que rechaza, alegando conocer sus límites, razón por la cual aún no ha padecido ninguna sobredosis. En este punto, se le señala que hay cosas que ella no puede controlar y con firmeza se subraya cual es el lugar de cada una en esa institución. Teniendo en cuenta que rechaza la internación, se le propone aumentar la frecuencia de las consultas, y que intervenga el

psiquiatra, para además tratar de buscar métodos alternativos en su deshabitación al consumo endovenoso.

Es en este segundo tramo del tratamiento, tras la muerte de su madre donde la paciente relata lo que define como *“una relación particular con la muerte”* y ubica momentos en los que no era así y que le gustaba leer. Menciona un libro que la marcó.⁶⁹ Pero que siempre fueron cosas *“oscuras”*, *“me gusta todo lo oscuro”* dirá.

Narra que luego de su primera experiencia de inyección de cocaína (de la mano de su hermana mayor), se instaló en ella la certeza de ser portadora de HIV, certeza que sostuvo desde los 15 hasta los 21 años. La fuerza de la certeza en torno a esta enfermedad fue tal que comenzó a maltratar a los miembros de su familia y a sus amigos para que *“no sufran cuando esté muerta”*. En una de las tantas internaciones por las que pasó, al serle realizado un análisis de sangre le informaron que no alojaba el HIV. Se sorprendió enormemente y *“tuvo”* que admitir que no era portadora de HIV a pesar de haber vivido con esa idea durante varios años.

Como dijimos Alejandra cuenta con un largo historial de internaciones, la primera a los 15 años a causa de *“un ataque violento”*. Además, ha padecido anorexia y a los 18 años un primer intento de suicidio, con una sobredosis de pastillas en ocasión de que su padre la llamara *“forro pinchado”*. Retomando esto, dirá que su madre siempre la hizo sentir una carga y que lleva la mochila de saber que el primer episodio maníaco se le disparó luego de su nacimiento. Posteriormente a los 30 años es internada nuevamente por sobredosis y años

⁶⁹ El libro se llama Breviario de podredumbre. Escrito por el filósofo Húngaro Emile Cioran. Quien indaga entre otros temas la muerte y el desasosiego.

más tarde por consumo de paco. También se ha hecho cortes en el cuerpo, pero en relación a ello afirma haber reemplazado el corte por la jeringa ya que también le permite “*ver la sangre fluir*”. Su historia ha oscilando desde su adolescencia entre intentos de suicidio y sobredosis.

III. Un goce por fuera del falo

En cuanto a las relaciones con los hombres, admite que sólo las ha mantenido para procurarse drogas o para que la acompañen en el consumo y que además siempre han estado marcadas por la violencia. La sexualidad nunca ha sido fuente de placer, nunca se enamoró, hasta los 18 años le daba asco el sexo y el cuerpo masculino. Para proveerse de drogas: “*tenía que hacerme la que me gustaba alguien*”. Recuerda una escena en la que llegó a vomitarle los genitales a su pareja de consumo/ sexual de turno. En la actualidad afirma, ya no tiene relaciones sexuales: “*tengo una negación con el sexo*”, “*Siento que tengo relaciones sexuales con la jeringa*” afirma.

IV. El otro no existe

Retomando la cuestión de sus sucesivas y numerosas internaciones tanto psiquiátricas como en comunidades terapéuticas que atravesó, se interroga acerca de sus vínculos con los profesionales que la trataron con el objetivo de explorar la existencia o no de algún tipo de vínculo terapéutico, alguna forma de transferencia. Recordemos que esta paciente ha pasado gran parte de su vida entrando y saliendo de diversas instituciones de salud mental.

Alejandra niega haber encontrado en los profesionales alguna referencia, no recuerda los nombres y sólo vagamente los lugares. Se le

pregunta si eso no le llama la atención y la paciente responde: “*Mi única referencia es Dolina⁷⁰, su palabra es importante para mí. Siempre lo escuche*”. Se le manifiesta interés en saber más del pensamiento de Dolina y las ideas que de él la convocan y se trabajan durante algunas semanas en los efectos de la palabra de Dolina en su vida. Único otro con el que parece hacer lazo.

V. Abandono del tratamiento ¿un lazo posible?

Luego de este segundo tramo de tratamiento, la paciente vuelve a suspender las entrevistas, sin previo aviso. Retoma meses más tarde, cuando la encuentro en la sala de espera del Hospital ya que sabe mis días y horarios. A pesar de no tener turno, se la recibe de todas maneras. Informa que se ausentó porque decidió internarse, decisión avalada por el psiquiatra que la trataba con quien nos habíamos contactado en algunas oportunidades. Dice estar más tranquila y decide retomar el tratamiento.

Posteriormente vuelve a ausentarse y semanas más tarde envía un e-mail en el que me hace saber que está decidida a quitarse la vida. Alarmada por sus palabras intentamos contactarla sin éxito, cosa que finalmente logramos. Informa que está bien, que no ha hecho nada. Se le hace saber el alivio que generan sus palabras y la turbación que causó su correo. Acordamos una nueva cita, pero se ausenta y abandona definitivamente el tratamiento en la institución. Meses más tarde, y habiendo ya dejado de atender en esa institución, la paciente me busca en las redes sociales. Pero no solicita atención. Me pregunto entonces, si por primera vez no se ha producido algo del orden de la transferencia.

⁷⁰ Alejandro Dolina es un escritor músico, conductor de radio y de televisión argentino conocido por sus obras literarias y el programa radial “La venganza será terrible”.

VI. El goce femenino y las toxicomanías

Como vimos en el apartado sobre sexualidad femenina en Lacan, con las fórmulas de la sexuación logra “sacar algo nuevo sobre la sexualidad femenina” (Lacan, 1972-73/2016. P. 72) partiendo de la existencia de un goce suplementario (Lacan, 1972-73/2016 P. 72) propio de lo femenino, no significativo, que está más allá del falo y del que la mujer, según señala Lacan no ha dicho nada y cuya expresión puede verse en el goce del que dan testimonio algunos místicos como San Juan de la Cruz o Santa Teresa en los que dicho autor vislumbra el acceso a un goce que está más allá del falo y cuyos testimonios dan cuenta de que se “sienten, pero no saben nada”. (Lacan 1972-73/2016, P. 92). Existe entonces una potencialidad de acceder a ese goce otro, ubicado en el lado femenino o lado del *no todo fálico* de las fórmulas de la sexuación y todo ser que habla tendrá que inscribirse de un lado o del otro. La inscripción en el lado mujer o el lado hombre no dependerá de los atributos masculinos o femeninos. Del lado izquierdo “el hombre en tanto todo se inscribe mediante la función fálica” (Lacan, 1972-73/2016 P. 96). A la derecha, donde se ubica la inscripción de la parte mujer de los seres que hablan, independientemente de estar o no provisto de los atributos de la masculinidad, en tanto que “a todo ser que habla”, le está permitido inscribirse en esta parte, la parte del no-todo fálico y la posibilidad de acceso a este goce propio de lo femenino que prescinde del falo.

Así como la autora Fleischer, D (1994) que presentamos en el apartado sobre sexualidad femenina, consumo, adicciones y toxicomanía, retomó esta referencia para pensar la relación entre esas categorías y la función del tóxico,

hemos presentado un caso para cuya intelección nos servimos de esas formulaciones y de las categorías que se desprenden de ellas, tales como goce femenino y no todo fálico para pensar el lugar que el tóxico ocupaba en la paciente. Ante la función fálica fallida, una de cuyas expresiones puede pensarse en el costado melancólico de la paciente, el tóxico parece tener la función de sostener una existencia que tomará de ahí su consistencia. Por otro lado, y en cuanto al goce que obtiene de su uso la paciente dirá poco, pero nos hace saber que obtiene allí mucho más de lo que ha podido procurarse del goce del órgano sobre el que se asienta el falo.

5. Soluciones estables o inestables a partir de las vías privilegiadas de la sexualidad femenina. LUCIA CARLA

Presentaremos el historial resultante de un tratamiento realizado en un hospital público con una mujer de 34 años. Ella, maestra jardinera de profesión,

realiza una demanda a causa del consumo de alcohol. Si bien es su madre quien, preocupada por los sucesivos episodios de alcoholismo de su hija, solicita turno. La misma paciente a partir de la primera entrevista manifiesta deseo de realizar tratamiento y menciona que dos años atrás ella misma solicitó un turno al que finalmente no acudió. Agrega que el consumo de alcohol se le torna problemático fundamentalmente cuando se reúne con otros. Dirá también en ese primer encuentro que no quiere dejar de tomar, sino que lo que busca es poder “controlar” la ingesta de alcohol, ya que de un momento al otro “*quiebra*”. Se le “*cae todo de golpe*”, se le “*apaga la memoria*”, al punto de que muchas veces no sabe cómo llega a su casa y se despierta en lugares desconocidos en compañía de hombres extraños.

Luego de aquella primera entrevista, se inicia un tratamiento ambulatorio que es sostenido por la paciente durante un año y medio aproximadamente. Y que comienza en el mes de junio de 2016 y culmina en enero de 2018. Durante ese período la paciente concurrió al hospital a razón de una vez por semana (frecuencia inicialmente pautada).

Dos aspectos caracterizaron el tratamiento. El primero remite a la temporalidad. La frecuencia con la que acudía a las entrevistas puede describirse así, o bien concurría todas las semanas de manera ininterrumpida o bien se ausentaba una decena de días a causa de múltiples malestares físicos de los que se quejaba. El segundo aspecto remite a la forma de su relato. Este era en general (como señala Freud, característico de la histeria) lagunar. No recordaba y saltaba de un tema al otro durante el primer tramo del tratamiento, pero siempre manteniendo la bella indiferencia que caracteriza a la histeria.

Lo que sigue es una reconstrucción del trayecto realizado en el que atenderemos al relato que la paciente hace de su historia, los síntomas que insisten y los cambios de posición que se producen en ella a lo largo del recorrido. Resultaron centrales algunos aspectos de la sexualidad femenina, especialmente aquellos que funcionaron como “arreglos”, a partir de los cuales logró dejar atrás síntomas graves que la acompañaron desde su adolescencia.

1. El desborde con el alcohol

Es el desborde con el alcohol lo que moviliza la consulta. Hace papelones, frente a su familia o en los boliches a los que concurre regularmente desde que se separó del padre de su hijo: “*tengo problemas con el alcohol, cuando me reúno con gente...no puedo manejarlo, quiebro, se me cae todo de golpe. Me levanto en lugares que no sé dónde estoy...*”

Desde la primera entrevista menciona que su padre era alcohólico y que falleció cuando ella tenía dieciocho años. Es la tercera de cuatro hermanas mujeres. Si bien el alcohol siempre tuvo presencia en su vida, el consumo que ella caracteriza como “*continuo*”, se acrecentó en los últimos años. El inicio del uso de alcohol es ubicado en su adolescencia. En aquel momento, no era problemático y funcionaba en el marco de las primeras salidas con sus amigas y sus hermanas. Recuerda que a su padre le molestaba que tomaran, pero la bebida representaba más bien una cuestión social y que tenía que ver con el lazo entre jóvenes.

El alcohol dirá “*siempre estuvo presente*”. Durante su infancia en las sucesivas escenas en las que fue testigo de las borracheras de su padre. En la

adolescencia el propio consumo aparece como modo de hacer lazo social y llegada la adultez, ubica un momento preciso en su historia en el cual ya no pudo limitar el consumo y termina “*quebrando*”, haciendo papelones sin ningún recuerdo de la noche anterior. Esa etapa (que es la que antecede la consulta) se inicia a partir de la separación con el padre de su hijo, dos años antes del tratamiento, época que coincide con la primera demanda que realiza en el hospital, pero a la cual finalmente no concurre. Es en el periodo denominado por la paciente como “*etapa de desborde, alcohol y hombres*”, el momento en el cual ubica el inicio de lo que luego no pudo controlar.

Tras la ruptura, empieza a salir de noche, sola o acompañada para encontrarse con hombres. Alcohol y hombres se presentan ligados en su discurso. Ligazón que a lo largo de las entrevistas se indagará. Rápidamente puede ubicar que el alcohol se le torna necesario a la hora del encuentro con hombres. A pesar de no considerarse una mujer tímida, requiere del “*empujoncito del alcohol*” para encontrarse con ellos, la desinhibe y propicia un encuentro que ella sabe que terminará en sexo. Cuando se le pregunta si disfruta esos encuentros, responderá que no. Sin embargo, forman parte de la salida. Uno tras otro se acostaba con los hombres que conocía durante aquellos fines de semana. Siempre alcohol de por medio. Se servía de la bebida, en especial de la cerveza para desinhibirse, para poder hablar con ellos y para seducir.

Refiere que en esos encuentros, a los que denomina “*casuales*”, ella automáticamente pasará a ser “*el hombre*” concluido el acto sexual. Acerca de esto dirá que “Los hombres después de las relaciones no son cariñosos”, y que ella terminado el encuentro, tampoco lo es. No ha tenido nunca un orgasmo a

partir de una penetración, ni en sus relaciones casuales ni con quien fuera en otro momento su marido y el padre de su hijo. Esta cuestión no le parece problemática, le resta importancia y el placer se lo provee ella misma.

Recuerda que al separarse de su marido estaba enojada y que fue ese sentimiento el que la empujó a lo que luego se transformó en el descontrol de los hombres y el alcohol. Pero además de ubicar la relación entre el consumo de alcohol como mediador del encuentro con hombres, otra cuestión aparecerá más tarde y tendrá que ver con su aspecto físico.

Lucía, irá ubicando también que el alcohol la ha ayudado a sentirse más conforme con su cuerpo. Ella no se siente a gusto con su imagen y el alcohol la ayuda a verse mejor, más linda. Cuando se interroga este punto la joven dirá no tolerar “*esa visión*” que el hombre le devuelve de ella: “*te miran como si fueras nada*”. Sin el alcohol rechaza su propia imagen, y con el alcohol logra esquivar la certeza del rechazo del partenaire masculino sobre un cuerpo que porta la “*nada*”.

Al preguntar sobre esta cuestión que surge alrededor del tercer mes de tratamiento aproximadamente, la paciente verbaliza que en realidad el alcohol aparecerá en su vida como un relevo a su época de bulimia y la anorexia. Los problemas con el cuerpo, se inician alrededor de los once años. Hasta esa edad ella era feliz “*ser fea no me afectaba*” dice. Pero la aparición de una prima que llamaba más la atención, desató una serie de conflictos con su figura que la acompañarían durante muchos años.

II. Infancia. Niña pegada a la madre.

Dos cuestiones marcan el ingreso a la adolescencia: la primera es el rechazo de su imagen de mujer y la segunda es la caída de la figura materna, la cual hasta ese momento la paciente idolatraba.

Hasta los once años su madre era su ídolo. Recuerda lo doloroso que fue para ella empezar a ver sus fallas. Eran muy compañeras. Si bien le molestaba la relación que su madre tenía con una de sus hermanas (pocos años menor que ella). Se trataba entre ellas de un amor sin fallas, una madre perfecta. Sin precisar bien cómo, Lucía recuerda el efecto que le produjo la caída de esa figura, etapa que recuerda como “*terrible*”. Empezar a ver a esa madre ya no tan perfecta, esa madre que era quien “se encargaba de todo”, posición reforzada por las consecuencias del alcoholismo paterno, que generaba un escenario violento reiterado en su casa los fines de semana y que se alternaba con las ausencias paternas durante la semana.

Rememora una escena infantil, en la que su padre alcoholizado corre a sus hermanas y a ella con un cuchillo. Decide preguntarles, quiere saber si fue un sueño. En esa conversación las otras protagonistas de la escena le garantizan la veracidad de un recuerdo en el que las niñas corren defendiendo a su madre mientras su padre armado con un cuchillo arroja una frase cuyo peso la paciente aún conserva “*ustedes fueron para allá a que les abran la concha*”. Rechazo brutal de la sexualidad de sus hijas. A causa de la visita que sus hijas le habían hecho a un vecino.

Estas escenas que se repetían durante su infancia formaron un círculo que incluía golpes, gritos, la sirena de la policía y la huida a la casa de la abuela para protegerse del caos. Recuerda también a su padre llorando, ebrio, en compañía de sus tías, hablando de su madre muerta. Enojado o silencioso y ausente. Elabora estos recuerdos, a la vez que advierte la prevalencia de una versión de los padres, hasta entrada la adolescencia. Momento en que cambia.

Paralelamente al comienzo de la caída de la imagen materna erigida como víctima del padre y heroína, aparece como dijimos la figura de otra mujer, una prima de su misma edad que captura con su belleza la atención de los familiares primero y de los hombres después. Un recuerdo quedará marcado *“ella está con su prima y se acercan unos chicos, que para referirse a ella dirán...”* *“la más fea”*. Estas palabras pronunciadas por un muchacho la impactan y marcan el inicio de una relación problemática con su imagen, su cuerpo de mujer será a partir de ahí rechazado, llegando a requerir atención médica, para mitigar los efectos de la bulimia y la anorexia, desordenes que acompañaron a la joven hasta pasada la adolescencia. Al recordar aquello, advierte que, en realidad, el *“problema de la imagen apareció antes de los hombres. Que viene de la infancia, no empezó con los chicos, sino con mi familia yo no existía...”* Varios meses después de iniciado el tratamiento y en relación a los posibles efectos de uno de los muchos estudios médicos que se realiza, dice: *“siempre pensé en la reacción del otro ante algo mío...siempre pensé en qué dejé en la persona. Me hacía la desmayada de chica y quería ver la reacción que tenían si me encontraban desmayada...muerta...”* acto que realiza intentando descifrar el enigma de su lugar en el deseo del Otro.

III. Rechazo del cuerpo de mujer y el acercamiento al padre

En la coyuntura de la adolescencia, se acentúan los problemas con su cuerpo de mujer que toman la forma de la bulimia y anorexia. En ese rechazo constante de la imagen que le devuelve el espejo, deja de comer, cuenta las comidas, e inicia dietas de todo tipo. Se ve a veces excesivamente flaca y otras veces excesivamente gorda. No puede mostrar su cuerpo. Está incómoda con él. Frente a los hombres esto se acentuaba. La avergonzaba no tener suficiente busto. Llegaba al agotamiento por estar tan pendiente del cuerpo y finalmente inicia un tratamiento en un centro que se especializa en desórdenes alimenticios y logra regular mínimamente (a partir de ordenar las comidas) el rechazo a su propio cuerpo que sin embargo, insistirá.

En la misma época que se inician los conflictos con su cuerpo y la caída de la imagen materna idolatrada, la paciente se propone “*acercarse al padre*” y se genera lo que ella denomina “*una devoción enfermiza por mi viejo*”. Esta figura caída a causa del alcoholismo y la violencia es “*levantada*” por la paciente y sostenida con mucho esfuerzo “*yo no tenía que bajar a mi papá, tenía que subirlo*”, referirá en relación a esta etapa. Recuerda lo mucho que deseaba obtener el “*afecto de un padre*” y que veía en los padres de las amigas un vínculo que consideraba privilegiado y a la vez enigmático. Proponiéndose entonces acercarse a su padre, nuestra paciente comienza a seguirlo para así “*ganarse*” su amor. En ese plan, deja que el padre elija la carrera que estudiará y la cursa durante algunos años, para luego, tras la muerte de este abandonarla y cambiarla por la profesión que ahora ejerce. Maestra jardinera.

Esa ligazón al padre se sostiene a tal punto que cuando su padre fallece, se enoja profundamente por la ausencia de llanto de su madre y de sus hermanas mayores. Enojo que continúa al momento del tratamiento y que insiste a pesar de reconocer que ellas son quienes vivenciaron principalmente las agresiones paternas. Aún le cuesta perdonar que no hayan ido al velorio. Pero fundamentalmente le enoja el ver que su madre no lloraba “*que lo había superado*”. Este enojo es tan significativo que la mueve en aquella época a iniciar su primer tratamiento psicológico.

En los años posteriores a la muerte de su padre inicia una relación sentimental con un joven al que califica de violento. Como resultado de ese primer trayecto terapéutico logra ponerle un punto final a esa relación y elaborar la muerte del padre. Sin embargo, el enojo con la madre y con las hermanas al no verlas afectadas por la ausencia paterna continúa. Menciona que con un traje de baño del padre se hizo un pantalón y que solía poner perfume en su ropa para recordarlo. Imagina que su hijo hubiera sido el favorito de su padre.

Con el transcurso de las entrevistas la paciente empieza a cuestionar a su padre y advierte no sin dolor que tampoco ella lo extraña. Lo que le reclamaba a las demás mujeres de su familia ahora se dirige a ella misma: “*extrañar lo que nunca fue...*” El padre que ella había “*levantado*” empieza a ser visto más real, teme que su padre quede ubicado en el lugar extremo “*el peor de todos*”. Logra acercarse a su madre nuevamente y habla por primera vez con ella sobre el vínculo que tuvo con él. Antes no quería escucharla. Verbaliza que es “*un avance, volver a reubicar a mi mamá en el lugar de mi mamá*”, quien era rechazada al considerar que se “*victimizaba*”. Escucha a su madre y

puede tolerar el hecho de que ella a partir de la muerte del padre mejoró notablemente tanto su estado de ánimo como su apariencia, *“la pude abrazar”*. Se conmueve por los relatos de su madre sobre aquel vínculo violento y terrible. Se sorprende al enterarse que a veces la violaba *“sin estar ebrio”* abriéndose una pregunta ante la posibilidad de ser una hija no deseada.

III. El nacimiento de su hijo y la conciliación con el cuerpo de mujer

Como mencionamos en el apartado anterior, uno de los resultados de su primer tratamiento fue el corte de una relación de pareja signada por la agresividad y el maltrato mutuo. Rápidamente, al finalizarla, conoce al hombre que luego será su marido y padre de su primer y único hijo. La relación con este nuevo hombre, se rompe a los pocos meses de iniciada y ella cae en lo que denomina un estado de *“depresión total”*. Este hombre se había transformado en *“el centro de su vida”*, al perderlo, ella también se pierde. Durante el tiempo que dura esa separación, Lucía deja de comer, no puede dormir y recurre a una psiquiatra que le receta antidepresivos y somníferos. Desea morir *“buscaba lastimarme, tomaba pastillas y quería morirme, no quería sentir lo que sentía...”* Luego de esa ruptura con consecuencias catastróficas, logra retomar la relación y el deseo de ser padres aparece rápidamente en ambos. Se casan y tienen un niño, pero al poco tiempo se separan. No obstante, entre ellos se denominan *“mamá”* y *“papá”* al dirigirse el uno al otro.

Reviste de especial interés el efecto que el nacimiento de su hijo tiene sobre la relación conflictiva que la paciente tenía con su cuerpo. Con el

nacimiento de su primogénito la relación con su cuerpo cambia, deja de molestarle su imagen. A partir de la maternidad la relación con su cuerpo se concilia, desaparece la excesiva preocupación y el desagrado por la imagen que le devolvía el espejo. Pero un resto quedará como saldo: la imposibilidad de mostrar su cuerpo frente a un hombre, *“no lo muestro”*. Cuando se la interroga acerca de esto dirá: *“se va a ir cuando me vea”*. Dietas, pesos, controles y rechazo desaparecerán, iniciándose un periodo de gran estabilidad en su vida. Periodo que se verá alterado nuevamente, a causa de la separación definitiva con el padre del pequeño. Esta segunda separación, a diferencia de la primera no provoca el derrumbe subjetivo que había provocado aquella, pero abrirá las puertas de las salidas nocturnas y los encuentros casuales con hombres, tan en aumento como el consumo de alcohol desmesurado que la acompaña en ese trayecto.

IV. La separación y el descontrol de hombres y alcohol

Como dijimos, aquel periodo de estabilidad se rompe al concretarse la separación con el padre de su hijo. Mantendrán una buena relación. Se enorgullece de haber elegido un buen padre para su hijo *“ahí no nos equivocamos”* dirá y menciona que hay un arreglo entre ellos. A pesar de estar separados ella sólo tendría más hijos con él y él solo con ella. Es con él o con ninguno.

Si la primera separación la llevó a un estado de profunda depresión con ideas suicidas, en esta segunda separación las cosas se dieron de otra manera. No se angustió ni lloró. Simplemente empezó a salir y se encontró con

el alcohol y los hombres, transformándose esto en parte de una rutina que no pudo limitar. Esta etapa que caracteriza como “*descontrol*”, es la que antecede al inicio del tratamiento.

Alcohol de por medio, mantenía encuentros con una multiplicidad de hombres de los que poco recuerda. En la escalada pierde el control y no se acuerda quién es la persona con la que a veces se despierta, dónde está ni en qué momento “*quebró*”. Hombres, alcohol y sexo. Todo junto. Ella dice que sí a todos, a pesar de no hallar disfrute en el sexo. Al interrogar sobre este punto, Lucía reconoce que en todos y cada uno de esos encuentros fantasea con una persona. Un hombre al que se refiere como “*el papá del nene*”. Este que ya había aparecido en su relato, como un amor imposible. Se trata de un compañero de trabajo del que hace varios años se ha enamorado. Un hombre casado que a pesar de sus avances insistentes no ha cedido a las propuestas que ella le dirigió. Goza fantaseando con la figura de “*el papá del nene*”, sobre el cuerpo de los desconocidos con los que se acuesta. Habla de él, a pesar de no conocerlo. Fantasea con estar juntos, eliminar del cuadro a su mujer, quien frecuentemente aparece en sus verbalizaciones como una figura enigmática.

Se interroga sobre lo que la atrae de esta figura cuya denominación -ya de por sí- es bastante singular. En tanto que jamás lo ha nombrado por su nombre de pila, sino como “*el papa del nene*”. Dirá que la enamoró como padre. Sueña con sacar a la mujer en quien también piensa insistentemente y ponerse ella allí: “*me visualizo en la vida de él*”. “*yo mamá y el papá*”. Se angustia al no poder estar con él y reconoce que ella “*busco algo imposible...*” “*el único hombre fiel*”. Se lamenta, mostrando la vertiente de un deseo insatisfecho.

Se le señala la particular manera con la que se refiere a él. Nunca ha dicho su nombre de *“hombre”*, ya que siempre se refiere a él como padre. Se sorprende al advertir eso, empieza a llamarlo por su nombre y paralelamente este enganche empieza a caer, dejando de ser el centro de las entrevistas, como lo había sido hasta entonces.

Es durante aquel tramo del tratamiento que la paciente empieza a tomar sola en su casa, *“la cerveza es una compañera”*. Si bien ya no se emborracha ni hace papelones frente a sus familiares, no logra evitar tomar cerveza. No compra la cantidad de alcohol que solía comprar, pero no puede dejar un vaso o una botella por la mitad y esto le preocupa. El alcohol, que antes aparecía sólo como mediador en el encuentro con el otro sexo empieza a ser interrogado por la paciente en las múltiples funciones que tendrá. Le permite acercarse a un hombre y elidir el desagrado de su cuerpo desnudo frente a la mirada masculina, se ve más atractiva. Además, la acompaña cuando se encuentra sola en su casa y estar sola es para ella difícil de tolerar. Cuando está en compañía de su pequeño hijo no toma, logra dormir bien y no aparecen los estados de bajones, tristeza, el insomnio, ni el impulso a salir a comprar alcohol, que continúa conflictuándola y no puede morigerarse, al igual que las salidas a los boliches en busca de compañía.

No volverán a producirse los *“quiebres”* y logra mantenerse en un estado medido, de ni muy ebria, ni muy sobria. Este estado abre preguntas acerca de su imposibilidad de limitar el consumo de cerveza y empieza a hablar de las sensaciones de vacío, del vínculo con su hijo y de lo aferrada que está a él. Ubicando el recurso al alcohol también como un modo de taponar esa angustia, ese vacío que se colma con su niño pero que reaparece cuando él no está.

A esta altura del tratamiento advierto que la paciente a veces se denomina con un nombre y otras veces con otro. Aspecto que me confundió también. Explica que en algunos ambientes le dicen Lucía y en otros Carla. Se retoma el equívoco para señalar que ella tampoco sabe en cuál de esas dos ubicarse. En alusión a los conflictos entre la maternidad y su feminidad.

VI. Exilio del ritual del consumo y abandono de tratamiento

Luego de un mes y medio sin vernos a causa de sus ausencias primero y de unas vacaciones de mi parte, la paciente solicita turno y se presenta en la que será su última entrevista.

Acude muy deteriorada físicamente, relata que se ha quebrado la pierna y que ha tenido fuertes hemorragias. A raíz de esas hemorragias, acude a una guardia médica, en donde le realizan una ecografía informándole que se encontraba gestando un bebe de tres meses que permanecía sin vida en su útero. De urgencia se decide una dolorosa intervención. Esta situación resulta para la paciente sumamente angustiante, quien recurre a su ex pareja y quien fuera además la persona con la que sin saberlo concibió tres meses antes ese niño muerto.

Impactada por la situación y por la reacción de este hombre, que *“no es lo que esperaba”*, se angustia fuertemente y se culpa. Sospecha que el alcohol puede haber tenido que ver. Y habla de lo que significó aquella situación en la que sintió un dolor que ella ubica *“del lado mujer”* en su *“instinto de mujer”*. Dice haber querido tener a ese niño que *“llegó y se fue sin que ella lo sepa”*. Enfrentada al horror de esta situación, afirma que a partir de allí algo en ella

cambio. No sólo no tomo más alcohol, sino que, por primera vez en muchos años, no lo deseó. *“Tiré la cerveza. Estoy desarraigada del rito. No tomo más”*. Agrega que ahora quiere disfrutar, registrar qué es lo que le pasa, y no levantarse con resaca. Estar bien...”*no mandar más mensajes de textos*”, método con el cual se contactaba con sus amantes de turno y relata también que desde el día que acude a la sala de emergencias del hospital no ha probado una sola gota de alcohol. Siendo ese nuestro último encuentro, tras el cual abandonará el tratamiento sin que se la pueda volver a contactar.

CONCLUSIONES

El objetivo general de esta tesis, como mencionamos en la introducción, fue contribuir al conocimiento de la feminidad, el consumo, las toxicomanías y el alcoholismo. Al tratarse de un tema que implica a la salud pública, ya que las presentaciones sintomáticas por la vía del consumo, las toxicomanías y el alcoholismo -como expusimos en el capítulo 1- forman parte de ese campo. La corroboración de que la escasez de estudios sobre el tema no era exclusiva de nuestro marco teórico de referencia, sino que podía extenderse a las demás disciplinas que forman parte del campo de la salud mental nos llevó a ubicarla desde el primer momento como área de vacancia.

Para cumplir el objetivo propuesto llevamos a cabo una investigación con usuarias del sistema de salud pública. El análisis bibliográfico y el relevamiento de historias clínicas realizado en la primera etapa de la investigación nos proporcionaron una aproximación al objeto de estudio, valores de referencia⁷¹ y la posibilidad de cotejar nuestros datos con los hallados en otras regiones.

Sin embargo, fue gracias a la segunda etapa de la investigación, enfocada en la labor clínica, la que nos permitió arribar a la hipótesis que sostenemos, que puede enunciarse de la siguiente manera: *es posible estudiar las presentaciones por la vía del tóxico desde las nociones y variables*

⁷¹ Es importante mencionar que nuestra investigación se inició en el año 2013 y que, de un tiempo a esta parte, afortunadamente se dio un avance en el estudio de cuestiones relativas al consumo de sustancias psicoactivas en la población femenina de la República Argentina, siendo un ejemplo de ello la aparición de datos epidemiológicos específicos, antes inexistentes.

a partir de las cuales el psicoanálisis de orientación lacaniana estudia la condición femenina .Este modo de abordaje abre, además, una nueva dimensión de análisis y sostenemos que permite una comprensión más profunda de los trayectos, generando nuevas preguntas en cuanto a los pronósticos. A continuación, presentaremos parte de los resultados del proceso de investigación.

Origen de la demanda terapéutica

Si bien el origen de la demanda terapéutica no determina el desarrollo del tratamiento, esta dimensión resultó importante, ya que tener presente lo que moviliza la consulta nos orientó sobre la subjetivación que el paciente hace de aquello que movió su ingreso en la institución como un primer nivel de análisis.

Teniendo eso en cuenta, hemos hallado *pacientes que consultan a partir del malestar propio*. Como es el caso de Nuria (43), quien solicita atención a causa del consumo de los ansiolíticos -se auto administra clonazepan-. Manifiesta no querer depender de la medicación, nota cómo le transpiran las manos y se pone nerviosa. Ha intentado dejar ella sola el consumo, pero no podía dormir. Tiene miedo a tomar de más y que le pase algo.

Malena (50) -uno de los casos que forma parte del capítulo 4. B. Se acercó a la institución de manera espontánea a causa del consumo excesivo de alcohol que quiere aprender a regular. No sabe por qué no puede controlar las ganas de tomar.

Hallamos también casos de *pacientes que consultan a partir del malestar que su conducta le causa a un tercero*, quien puede ser la familia, algún profesional o también diversas instancias de control o judiciales.

Ámbar (31) consultó a partir de la sugerencia de las terapeutas de su ex pareja y padre de su hijo, quien se halla internado en un centro de rehabilitación por el consumo de cocaína, sustancia de la que ella también es usuaria, pero de manera esporádica desde que se convirtió en madre. Para ella no representa un problema.

Otro caso similar, pero en el marco de una internación compulsiva en un servicio de desintoxicación, es el de Romina (18), quien refiere haber sido ingresada por sus padres, fundamentalmente por la insistencia de su familia materna. Manifiesta pasar muchas horas en la calle, fumar marihuana, tomar alcohol y no considerarse a sí misma como una persona adicta. Mantiene una relación conflictiva con su madre, quien se encuentra desde hace varios años separada de su padre y está en desacuerdo con el modo de vivir de su hija. La joven se describe como "*lo opuesto*" a sus padres. Usa piercings, aritos, hace malabares, viaja y comparte con un grupo de pares tales actividades, llegando incluso a salir del país sin autorización y a dormir en la calle. Afirma no tener problemas con la vida que lleva y ubica el problema del lado de su madre. A su vez, relata situaciones de exposición a riesgos de los que no parece estar advertida.

Algunos pacientes obedecen al mandato de realizar tratamiento, pero no instalan en ese recorrido ninguna pregunta. Muchas de estas consultas están

atravesadas por el costado punitivo de las instituciones de control social. Como en el caso de Marta (50), quien afirmó:

“Consumí alcohol. Me quedé sin gas, hice fuego afuera y puse una olla a hervir y se quemó la mano. Al otro día la quería llevar al hospital, llamo una vecina a la nena y la mandó a comprar alcohol me la lleva y me saca la chiquita”.

La vecina a la que alude se contactó con el servicio local, a raíz de lo cual Marta perdió la tenencia de su nieta quien a su vez había sido abandonada por su madre. Acude a la institución, ya que se le exige la realización de un tratamiento *“para recuperarla”*, y solo asiste en dos oportunidades, para luego abandonar el tratamiento.

Encontramos también *pacientes que consultan a partir del malestar que su consumo le genera a terceros pero que evolucionan en una demanda de tratamiento propia*. Dentro de este grupo podemos ubicar dos de los casos presentados en el capítulo 4, cómo Anabel, quien consulta a partir de la intervención de su hija que advierte la toma descontrolada de psicofármacos. La mujer acude al hospital y a partir del encuentro con la terapeuta se desarrolla un tratamiento, en el que ella interroga ese modo de respuesta posibilitando cambios en su posición subjetiva a medida que se despliega el mismo. Similar es lo que ocurrió en el caso Lucía Carla, en el cual la joven solicita ayuda a partir de la intervención materna, pero sostiene un tratamiento que -como vimos- posibilitó la reelaboración de su novela familiar y cambios en su posición subjetiva.

Por otra parte, en las pacientes que atendimos se presentó de manera muy escasa la denominada *identificación al significante adicto/a*, aspecto que

es señalado en la labor clínica con este tipo de pacientes tanto por su insistencia como por la dificultad de conmoerlo (ver capítulo 1). En los casos trabajados las pacientes se presentaban más bien rechazando esos significantes que formaban, además, parte de la marca de las instituciones. El único caso en el que hallamos este significante muy instalado fue en el caso Alejandra, quien parecía haber encontrado en esa nominación alguna forma de sostén o prótesis que operaba imaginariamente.

El recurso al tóxico

En gran parte de los casos recepcionados, logramos ubicar la coyuntura del inicio del consumo. Esta pudo dividirse en dos grandes grupos. Tenemos, por un lado, *inicios en la adolescencia*, se trata de pacientes cuyo inicio en el consumo se remonta a la *adolescencia*, ese momento de transición en el que el sujeto se encuentra con el real del sexo y se “confronta al sujeto con la necesidad de invenciones y soluciones que permitan alcanzar una posición e identificaciones sexuales que puedan ser inscriptas en un lazo social” (Fernández Raone 2017 p. 1). Aquí podemos ubicar el caso de Tiara (16), que acude con su madre, quien solicita el tratamiento para su hija ya que su familia está alarmada porque la joven se fotografía y comparte en redes sociales imágenes en las que puede vérsela fumando marihuana y exhibiendo su cuerpo semidesnudo. La joven se muestra desinteresada pero acepta realizar el tratamiento. Manifiesta que a los 14 años se inició en el consumo y que en la actualidad consume varios tipos de sustancias y ubica a su hermana 6 años mayor (también consumidora de diferentes sustancias) como su referente.

Por otro lado, encontramos lo que hemos denominado *inicios “posteriores” o “tardíos”*, en tanto se trata de aquellos casos cuya coyuntura de inicio del recurso a la sustancia puede ubicarse ya pasada la adolescencia, como es el caso de Anabel (presentado en el capítulo 4) o el caso de Nuria (43) que inicia el consumo de psicofármacos tras la muerte de su madre, a la edad de 37 años y sin contar con ningún antecedente de recurso a sustancias psicoactivas legales o ilegales.

Entre estos dos grupos hallamos también casos de pacientes que *manifestaron antecedentes* de consumo problemático en la adolescencia, que lograron mantener abstinencia por largos periodos y *que años más tarde retomaron el consumo* con una o varias de las sustancias previamente consumidas como se evidenció en el caso Malena.

Cabe señalar también que la sustancia con la que se inician las pacientes no siempre coincide con aquella por la que demandan ayuda, ya que en los trayectos singulares hay modificaciones, como pudo verse en los casos presentados.

Cuando nos detenemos en el registro numérico que nos proporcionó el relevamiento de historias clínicas, hallamos que el 56,14 % de las consultantes que demandaron atención iniciaron el consumo en edades que iban de los 10 a los 25 años. El 48,52 % de las solicitantes de tratamiento informaron tener edades de entre 12 y 26 años al momento de solicitar un tratamiento, corroborándose lo señalado por estudios en poblaciones adolescentes, citados en el marco teórico, que enmarcan en ese periodo de la vida el inicio del recurso a las sustancias psicoactivas.

En función de los casos trabajados podemos afirmar que a mayor edad de las consultantes hay menos consultas. Esta afirmación también se sostiene en los datos obtenidos del relevamiento de historias clínicas donde hallamos que el rango que va de los *25 a los 40* años fue señalado como *edades de inicio de consumo* por un 11, 22% de consultantes. El rango establecido entre los *40 a los 55* años se registró como edad de inicio solo en un 5,48% de la población. Finalmente, dentro del rango *55 años o más* de edad al inicio del consumo, sólo hallamos un 1,12 % de solicitudes de tratamiento.

Cambios en la posición subjetiva

Santiago (1993) señalaba un primer momento de la cura en la experiencia clínica con sus pacientes, en el cual el mayor desafío era abrir una brecha en la repetición del recurso al tóxico. En parte de los casos que presentamos en esta tesis, como el caso Anabel y Melania, pudimos mostrar los efectos de ello cuando acontece una especie de “trueque de goce”, en tanto que el goce resultante del recurso al tóxico pudo encontrarse en ese hablar con Otro, en la transferencia que define a un tratamiento psicoanalítico. Esto no siempre se produce y en nuestra investigación pudo lograrse sólo en una minoría de los casos que presentamos.

Este panorama es congruente con los datos que arrojó el relevamiento previo de historias clínicas, que nos mostró que sólo el 2% de las pacientes que ingresaron recibieron el alta, siendo que el 87% restante abandonó el tratamiento. Esta dimensión del abandono de tratamientos en pacientes que demandan atención por consumo, toxicomanía y alcoholismo es mencionada

por estudios provenientes de diversos marcos teóricos y, creemos, debiera ser un tema más explorado. Sin embargo, en nuestra investigación nos encontramos algunos casos de reingresos, como el de Alejandra (caso presentado en el capítulo 4) quien en varias oportunidades abandonó su tratamiento para solicitar posteriormente atención. Situaciones como ésta nos hicieron reflexionar sobre la importancia de la referencia institucional, que puede operar como una especie de transferencia institucional que aloja nuevos recorridos terapéuticos cuando deciden reingresar. En este sentido, que un paciente pueda tomar como referencia una institución o un profesional particular nos permite hipotetizar acerca de que algo se instaló en relación a un Otro. Cuestión sustantiva en estas presentaciones que suelen caracterizarse por cortocircuitarlo.

Dentro de lo que consideramos uno de nuestros más importantes y originales hallazgos se encuentra el hecho de que *el embarazo puede funcionar como un límite* al consumo de sustancias. En este sentido el caso Malena da testimonio de ello. Como fue señalado en el capítulo sobre sexualidad femenina en los desarrollos lacanianos, así como Lacan formula en su última enseñanza que no hay universal femenino en tanto que La Mujer no existe, y hay que contarlas una por una, del mismo modo, la relación que cada una de ellas establezca con la posición madre también deberá pensarse caso por caso. En nuestra investigación hallamos casos en los que esta posición sostenida por el deseo operó como un límite al consumo, pero nos encontramos también casos en los que no. Esto último fue visible, por ejemplo, a través del caso de Ariana (26), quien inicia la consulta sosteniendo varios meses de abstinencia de alcohol y consume también psicofármacos bajo

prescripción médica. Ubica a su hija como el motivo de su solicitud de tratamiento y dirá: “*C. me trajo acá*” y afirma sentirse muy culpable por las cosas que su hija vivió con ella a causa de su consumo, lo que expresa como: “*los roles están cambiados*”. Meses más tarde informa estar transitando un embarazo y advertida sobre los efectos que la medicación puede tener, decide no suspender ni modificar la toma y asegura “*él bebé no se va a prender*”, manifestando además su rechazo a ser madre en ese momento. La maternidad no opera como un límite al consumo. Límite que además le es sugerido por el psiquiatra que la advierte del riesgo que acarrea para el niño no dejar las pastillas, indicación que rechazará: “*Sin las pastillas no puedo*”, dice, abandonando posteriormente el tratamiento.

Un caso diferente nos presenta Luciana (36) quien solicita atención luego de ser derivada por el hospital en el que estuvo internada a raíz de un brote psicótico. Manifiesta haber dejado de consumir durante los embarazos, pero cuando los pequeños nacen, consume mientras duermen, limitando el consumo solo a los meses de gestación, en lo que pareciera ser una obediencia al discurso médico que controló su embarazo.

Otro aspecto que quisiéramos destacar es *la estabilidad y la inestabilidad de las soluciones halladas por las pacientes* en tanto que mostramos cómo ciertos aspectos privilegiados de la sexualidad femenina pueden llevar al abandono del recurso a las sustancias psicoactivas. También corroboramos que, ante la falla de éstos, las pacientes volvían a recurrir a ese “remedio”. Como en el caso Malena (que forma parte del capítulo 4) quien abandonó de manera espontánea el consumo de cocaína y de alcohol tras quedar embarazada. Pero años más tarde vuelve a recurrir al consumo (esta

vez de alcohol) en una coyuntura en la que convergen menopausia, devenir abuela y la insatisfacción sexual a causa de la impotencia de su marido. O Anabel, otro de los casos presentados en el capítulo 4, quien halla en el lazo con los hombres una forma de estabilidad, que la lleva a exigir la presencia física de estos. Esta paciente además pudo ubicar el uso de psicofármacos en la función de “partenaire” que la sostiene ante las rupturas amorosas cuyos efectos desestabilizantes sin este recurso podrían ser devastadores.

En el caso de Lucía Carla, vimos que tras un embarazo malogrado suspendió el recurso al alcohol. Resulta interesante señalar que la paciente mencionó haber padecido en los primeros años de su juventud graves trastornos de alimentación -bulimia y anorexia- los cuales “desaparecieron” tras el nacimiento de su hijo.

La estabilidad o inestabilidad en las soluciones halladas por las pacientes por algunas de las vías privilegiadas de la sexualidad femenina, son cuestiones que debieran ser indagadas con mayor profundidad en futuras investigaciones.

También merece ser destacada otra cuestión que apareció ya en la primera parte de nuestra investigación y que tiene que ver con la significativa presencia de patologías asociadas en las consultantes. Se trata de toda una serie de padecimientos mencionados por las pacientes cuya gravedad queda desplazada o aparece en el relato de las consultantes en un segundo plano respecto al consumo. La consulta de las pacientes en la institución no era motivada por las consecuencias de estas problemáticas, cuya aparición era generalmente anterior al consumo de drogas o concomitante a ella. La mención

a estas patologías aparecía en los relatos de las pacientes, ya sea desde la primera entrevista o en el curso de las mismas y se incluye en este grupo toda una serie de problemáticas de variada gravedad, muchas de las cuales comprometen al cuerpo.

Describimos, a modo de ejemplo, el caso de Paula (32) quien se presenta sola al horario acordado, aparece desorientada, nerviosa y muy delgada. Refiere encontrarse en situación de calle y pasar sus noches en un parador de la ciudad donde ofrecen camas nocturnas. Comenta que tiene anorexia y que nació en otra ciudad, donde vivió con sus padres y hermanos. Su discurso se torna algo desorganizado y comenta que a los 27 años intentó suicidarse y que consume pastillas -Alplaxolan 6 mg diarios y Risperidona- desde hace varios años. Realizaba tratamiento psiquiátrico en un hospital general donde le prescribieron antipsicóticos. Verbaliza que hay cosas que no puede hacer, que la cabeza se le “*queda en cero*”, desde hace varios años está así se “*cansa de hablar*” y “*la lengua se le para*”. Asiste de manera irregular a dos o tres entrevistas posteriores en las que evidencia una gran desorganización y finalmente, tras ausentarse por un lapso prolongado, nos informan desde el aparador que la paciente cobró un dinero y se fue a Brasil e intentó quitarse la vida en un hotel.

Como mostramos en la primera parte del apartado 4, hemos registrado en un 42,11% de los casos problemáticas graves sufridas al momento de la consulta o en el pasado. De esa forma, casi la mitad de la población consultante afirmó padecer o haber padecido algunos de los siguientes *síntomas y/o patologías*: depresión 3,87%, sintomatología psicótica 3,2%, dolencias físicas graves 5,74%, enfermedades de transmisión sexual 1,06%,

autoagresiones 3,34%, fobias o temores 2,54%, intentos de autoeliminación 8,95%, trastornos de alimentación 1,87%, impulsiones 6,28 % y 2 de ellas o más en un 5,21% de las consultantes.

Sumado a eso, cerca del 12% de las consultantes mencionaron haber padecido abuso sexual intra o extrafamiliar en algún momento de su vida. Cabe señalar -como fue abordado en el capítulo 1- qué antecedentes de ataques sexuales y traumas también fueron subrayados por estudios de diversas disciplinas, aspecto que también merece mayor indagación en el futuro.

Como mencionamos al inicio de estas conclusiones, los resultados de nuestra investigación, además de contribuir de manera general al conocimiento sobre este tema poco explorado, ha versado en mostrar que es posible estudiar las presentaciones por la vía del tóxico desde las nociones y variables a partir de las cuales el psicoanálisis de orientación lacaniana estudia la condición femenina. La serie de casos presentados fue seleccionada especialmente, ya que nos permitió abordar estos aspectos y su relación con el recurso al tóxico. Así, el lugar de la maternidad, el vínculo al partenaire, la noción de estrago y el uso de las fórmulas de la sexuación abrieron nuevas lecturas de las presentaciones que, por supuesto, no pretenden agotar el tema, sino solamente abrir una nueva perspectiva que posibilite otros niveles de comprensión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeldaño, R; Gallo, V; Burrone, M & Fernández, A (2016). Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina. *Acta de Investigación Psicológica*, 6, 2404–2411.
- Abraham, K. (1920/1994). Manifestaciones del complejo de castración femenino. Abraham, k. (1994). *Psicoanálisis clínico*. (pp259-283). Buenos Aires: Horne. ISBN: 950-618-066-0
- Arca, G. (2012). La psicosis y un recurso a la toxicomanía: un caso clínico. *Revista Universitaria de Psicoanálisis* 12, 97-104.
- Arroyo-Cabrales, L. M., Canseco-Herrera, M., Castillo-Romero, M. G., & Belmont-Gómez, A. (2012). Madres adictas: determinación de niveles de drogas y evaluación del crecimiento y desarrollo de sus hijos en los primeros seis meses. *Perinatología y reproducción humana*, 26(3), 180-186.
- Azaretto, C & Ross, C (2014). *Investigar en psicoanálisis*. Buenos Aires: JCE ediciones.
- Berenzon Gorn, S. Romero Mendoza, M. Tiburcio Sainz M. & Otros (2007). Riesgo asociado al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la ciudad de México. *Salud mental volumen 30*. (1). 31-38.
- Blanco, P; Sirvent, C; Villa Moral, M^a; Linares, M & Rivas, C (2010). Visión contrastada entre pacientes y profesionales sobre los motivos de abandono del tratamiento en adicciones. Trabajo presentado en 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis 2010*. Recuperado de: <https://www.researchgate.net>
- Bolpe. M. del P. (2018). El lugar de las adicciones en la nueva Ley de Salud Mental. Breve revisión histórica y consecuencias en la práctica. *PALAVRAS* (4) 1-14. ISSN 2468-9831
- Botto, S (1993). El acting out. Llamado a la respuesta del analista. Toxicomanía y alcoholismo. *Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica*. (85-91). Instituto del campo Freudiano. Buenos Aires: atuel. ISBN 987-99219-8-4
- Bricolo, F. Gomma, M. Bertani, M.E. Serpelloni, G. (2002). Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de 115 clientes con trastornos por uso de drogas. *ADICCIONES* 14 (4) 491-496.
- Campodónico, N. (2016). *Presentación y formalización del síntoma: Psicoanálisis aplicado en los centros de salud de La Plata*. Tesis doctoral. Recuperada de: sedici.unlp.edu.ar
- Cancina, P. (2008). *La investigación en psicoanálisis*. Rosario: homosapiens.
- Carbone, R y País, M (2011). De es-tragos. *PHARMAKON* 12. (126-130) Buenos Aires: Grama. Fundación del campo freudiano. ISBN 978-987-1649-35-8.

- CASAS, M.; GUARDIA, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, [S.l.], v. 14, dic. 2002. ISSN 0214-4840. Disponible en: <<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/524>>.
- Castillo Franco, I y Gutierrez L, D. (2008). Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud Mental* 31:351 -359 Vol. 31, No. 5, septiembre-octubre 2008
- Cioran, E. (1949). *Breviario de podredumbre*. Recuperado de: <http://crimideia.com.br/blog/wp-content/uploads/2010/02/emil-cioran-breviario-de-podredumbre28194929.pdf>
- CONACE (2004). Mujeres y tratamiento de drogas. Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas. Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación Noviembre 2004. Chile.
- Conde, F & Perez Andres, C (1995). La investigación cualitativa en salud Pública. En *Revista esp. salud pública*. 69: 145-149
- De Beauvoir, S. (1949/2017). *El segundo sexo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Debolsillo. ISBN 978-987-566-283-4
- De Faria, W (2014). O Feminino e recurso as drogas. Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma, orgs. (2014). *Tratamento possível das toxicomanías*. Pp 101. · Belo Horizonte: Scriptum, 2014. ISBN: 978-85-89044-74-5
- De Paula Ferreira, A (2014). Droga e devastacao. Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma, orgs. (2014). *Tratamento possível das toxicomanías*. Pp 165. · Belo Horizonte: Scriptum, 2014. ISBN: 978-85-89044-74-5
- Del olmo, R. (1998). Reclusión de mujeres por delitos de drogas. Reflexiones iniciales. *Revista española de drogodependencia* 23 (1) 5-24.
- Deutsch, H. (1945/1977). *La psicología de la mujer*. Buenos Aires: Losada.
- Dimov, M. I. (2005). El dispositivo" drogodependencia. *Psicoanálisis y el Hospital. Toxicidad y Adicciones*, 27, 88-96.
- Donghi, A. (2006) Aportes del proceso diagnóstico psicoanalítico al tratamiento de las adicciones en ámbitos hospitalarios. *ANUARIO DE INVESTIGACIONES U.B.A* .14. 55-58.
- DSM IV (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Escotado, A. (2008). *Historia General de Las drogas*. Madrid: Espasa Calpe
- Eydoux, V. (2014). Variations d'une addiction sous transfert. *La cause du désir*, 88, 126-129.
- Farapi & Emakunde. (2009). *Drogas y género*. Recuperado de: http://www.berdingune.euskadi.eus/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/3_drogas_y_genero.pdf

- Fernández Raone, M. (2017). *Adolescencia, consumo de sustancias y demanda terapéutica*. Tesis doctoral. Recuperado de: sedici.unlp.edu.ar
- Fleischer, D. (1994). El goce místico y el del toxicómano. Sinatra, E.S; Silliti, D. Y Tarrab, M. (Comp). *Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica II*. pp 79-89. Instituto del campo freudiano. Atuel. TyA. ISBN 987-9006-09-7
- Fleisher, D. Allegro, F. Benjamin, A. & Otros (2009). La economía de goce en el fetichismo y la adicción. *ANUARIO DE INVESTIGACIONES U.B.A.* 17. 61-66
- Freud, S (1931/ 1992). Sobre la sexualidad femenina. En Freud, S. *Obras Completas. Vol 21*. (pp 223-243). Argentina: Amorrortu.
- Freud, S (1915/ 1973). Tres ensayos para una teoría sexual. En Freud, S. *Obras Completas. Vol II* (pp1169-1237). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S (1897/1973). Carta 79. *Obras completas de Sigmund Freud*. Tomo III. Madrid: Biblioteca nueva. Pp 3594-3595.
- Freud, S (1931/1991). 33ª Conferencia. La feminidad. En Freud, S. *Obras Completas vol 22* (pp 104-125). Argentina: Amorrortu
- Freud, S (1925/1992). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En Freud, S. *Obras Completas Vol. 19* (pp 259-276). Argentina: Amorrortu.
- Freud, S (1920/1992). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En Freud, S. *Obras Completas Vol 18*. (pp 141-164). Argentina: Amorrortu
- Freud, S (1930/ 1992). El malestar en la cultura. En *Freud, S. Obras Completas. Vol 21*. (pp 57-140). Argentina: Amorrortu
- Freud (1915/1992) La represión. En Freud, S. *Obras Completas. Vol 14*. (pp 135-152). Argentina: Amorrortu.
- Gay, P. (1989). *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Paidós.
- Giacobone, R.y Kother Macedo, M. (jan-jun 2013). Cultura e desejo: a Construção da identidade adicta no cenário contemporâneo. *Agora*. Rio de Janeiro. 16 (1). 57/70
- Gómez Moya, J; Valderrama Zurian, J; Girva Carames, T & Otros (2007). Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. *ADICCIONES*, 2008 (I) 20. 237-244.
- Guerrero, E. Villatoro, J.A. Kong, Y. Fleiz, C. Vega, W. Strathdee, S & Medina Mora, M.E. (2016). Barreras para acceder al tratamiento por abuso de sustancias en México: análisis comparativo nacional por situación migratoria. Recuperado de <https://www.researchgate.net>
- Gutiérrez, R; Mora, J; Unikel, C & Otros (2001). El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *SALUD MENTAL* 24 (6), 55-61.

- Gutierrez Padilla, J; Gonzales Garrido, A; Gomez Velazquez, F & Otros (2008). Hijos de madres adictas con síndrome de abstinencia en Terapia Intensiva Neonatal. *Bol Med Hosp Infant Mex* 65, julio-agosto 2008
- Horney, K (1922/1970). *Psicología Femenina*. Buenos Aires: Psique.
- Hernandez Sampieri, R. (1997). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill. ISBN 968-422-931-3
- Inter- American Commission of Women (2014). Mujeres y drogas en las Américas un diagnóstico de política en construcción. *OEA documentos oficiales*. ISBN: 978-0-8270-6112-5
- Jarpa Arriagada, C; Parra Carrasco, Y; y Escamilla Rojas, D (2016). Historia de vida de mujeres en proceso de rehabilitación de drogas, Chile. *Comuni@acción* V.7,1, ENE - JUN, 2016 .
- Jeifetz, V y Tajer, D (2010) Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. *Anuario de investigaciones UBA XVII*.
- Jones, E (1927/ 1967). El desarrollo temprano de la sexualidad femenina. En Jones, E, & otros. *Psicoanálisis y sexualidad femenina* (pp. 25-47). Buenos Aires: Horne.
- Jones, E (1932/ 1999). La fase fálica. *Colección Diva*. Nro. 12.
- Jones, E (1935/1998). La Sexualidad femenina temprana. *Colección Diva*. Nro.3
- Lacan, J. (1938/ 2003). *La familia*. Buenos Aires: Argonauta. ISBN: 950.9282.10.3
- Lacan, J. (1956-57/ 2013). *Seminario IV. La relación de objeto*. 1956-1957. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1957-58/2002c) De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En Lacan, J. *ESCRITOS II* (509-558) Argentina: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1958/2002a) La significación del falo. En Lacan, J. *ESCRITOS II* (653-662) Argentina: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1960/ 2002b) Ideas directivas para un congreso sobre sexualidad femenina. En Lacan, J. *ESCRITOS II* (689-699) Argentina: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1962-63/2013). *El seminario X: La angustia*. Buenos Aires: Paidós. ISBN 978-950-12-3978-2
- Lacan, J. (1969-1970/ 2010). *Seminario XVII. El reverso del psicoanálisis*. 1969-1970. Buenos Aires: Paidós. ISBN 978-950-12-3987-4
- Lacan, J. (1972-73/2016). *El seminario XX: Aún*. Buenos Aires: Paidós. ISBN 978-950-12-3990-4
- Lacan, J. (1974/ 2003). Televisión. *Asociación de psicoanálisis y medicina*.

- Lacan, J. (1976/2016). Conferencia de cierre de las jornadas de estudios de carteles de la escuela Freudiana. *PHARMAKON DIGITAL*. 2. (pp 15-23).
- Lacan, J. (1975/ 2016). *Seminario XXIII. "El sinthome"*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1972/1984). El atolondradicho. *Escansión 1* (pp17-69). Buenos Aires: Paidós. ISBN 950-12-3957-8
- Lacan, J. (1958/2014). La dirección de la cura y los principios de su poder. Lacan, J. (1966/2014). *Escritos II*. (pp 559-616). Buenos Aires: Siglo XXI. ISBN 978-787-629-487-4
- Lacan, J. (1960/2014). Observación sobre el informe de Daniel Lagache: "Psicoanálisis y estructura de la personalidad". Lacan, J. (1966/2014). *Escritos II*. (617-652) Buenos Aires: Siglo XXI. ISBN 978-787-629-487-4
- Lacan, J. (1974-1975/ 2015). *Seminario XXII. "R. S. I"* [Recuperado de www.bibliopsi.org](http://www.bibliopsi.org)
- Lagache, D. (1950-52/1982). Una pareja de toxicómanos. Lagache, D (1950-52/1982) *Obras IV*. (PP 83-104).Buenos Aires: Paidós
- Lampl-de Groot (1927/ 1967). La evolución del complejo de Edipo en las mujeres. En Jones & Otros. *Psicoanálisis y sexualidad femenina* (pp.48-70). Buenos Aires: Horme.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2007). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E (2014). Tres observacoes sobre a toxicomanía. (pp 19-25). *Tratamento possível das toxicomanías*. Instituto de psicanalise e saude mental de minas gerais. Belo Horizonte: Scriptum. ISBN: 978-85-89044-74-5 "
- Laurent, E. (1999). *Posiciones femenina del ser. Del masoquismo femenino al empuje a la mujer*. Buenos aires: TRES HACHES.
- Le Poulichet, S. (1996). *Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu
- Lichtenberger, A.; López, M. & Cremonte, M. (2015). Intervención breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes. Una reflexión crítica. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 7. 428-437. doi: 10.5872/psiencia/7.3.12
- Lopez, M (2013). Saber, valorar y actuar: relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. *Health and Addictions* 2013 .13.(1). 35-46. ISSN 1578-5319
- Lugones Botell, M; Madruga Fernandez, M y Echevarria Gomez, G (2005). Cocaínomanía, adicción y embarazo: tres años después. *Rev Cubana Med Gen Integr vol.21 no.3-4* Ciudad de La Habana May-Aug. 2005.On-line version ISSN 1561-3038.
- Luna Montañó, I. (2004). Estigma y abuso de sustancias en la mujer. Comunicación presentada en: *5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2004. Psiquiatría.com*. Febrero de 2004.

- Manzano, V. (2014). Política, cultura y el "problema de las drogas" en la Argentina, 1960-1980s. *Apuntes de investigación del CECYP. XVII (24)*. pp. 51-78. ISSN 0329-2142.
- Mezêncio, M. (2014). *Tratamento possível das toxicomanias*. Instituto de psicanálise e saúde mental de minas gerais. Belo Horizonte: Scriptum. ISBN: 978-85-89044-74-5 "
- Mardomingo, M; Solis Sanchez, G; Malaga Guerrero, S & Otros (2003). Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. *An Pediatr* 2003;58(6):574-9"
- Marquez, A. & Sklarevich, S. (2005). "Droga y control social". *Psicoanálisis y el hospital*. 27. (83-88) Ediciones del seminario. Buenos Aires
- Mazzuca, M.; y Lutereau L. (2016). *El goce toxicómano*. Buenos Aires: Letra viva. ISBN 978-950-649-680-7
- Miller, J. (2007). *La angustia: introducción al seminario X de Jacques Lacan*. Buenos Aires: Del nuevo extremo. ISBN 978-987-609-031-5
- Miller, J. (2006). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos aires: Paidós ISBN 950-12-8856-0
- Miller, J. (1994) *De mujeres y semblantes*. Buenos Aires: Cuadernos del pasador. ISBN 987-99537-0-3
- Miller, J. (2010). Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria. *Freudiana*. 58. ISSN: 2604-6490.
- Naparstek, F (2014). De homens e mulheres. Pp 135-156. Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma, orgs.(2014).*Tratamento possível das toxicomanias*. Instituto de psicanálise e saúde mental de minas gerais. Belo Horizonte: Scriptum. ISBN: 978-85-89044-74-5.
- Naparstek, F. (2009). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo II* Buenos aires: Grama.
- Naparstek, F. (2005). *Introducción a la clínica con las toxicomanías y alcoholismo I*. Buenos Aires: Grama
- Napolitano, G (2004). *Nacimiento de la psicopatología en la historia de la psiquiatría*. La Plata: De la campana.
- Ochoa, E; Madoz-Gurpide, A; Salvador, E (2008). Diferencias de género en el tratamiento de la dependencia de opiáceos con naltrexona. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(4):197-204
- OEDT (2012). Informe anual 2012. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2012 ISBN 978-92-9168-539-4
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017).) Informe Mundial sobre las Drogas 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, ISBN: 978-92-1-060623-3, publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.17.XI.6). Viena.

- ONU (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Nueva York: Naciones Unidas. ISBN 92-1-348104-7
- ONU / Naciones Unidas (2017) Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2016. Publicación de las Naciones Unidas. ISBN: 978-92-1-060069-9 ISSN 0257-3733. Viena.
- OPS y ONU (2015). Impacto del consumo de alcohol en la salud de las mujeres Infographic.
- Parga, J (2016). Salir del bardo. Etnografía de las políticas públicas de abordaje del consumo de sustancias en la provincia de Buenos Aires (1993-2011). Tesis doctoral. Recuperado de sedici.unlp.edu.ar
- Passerini, A. (2018). *El cuerpo en lo virtual*. Tesis doctoral. Recuperado de sedici.unlp.edu.ar
- Peña, J y Matute, E. (2010). Consumo de alcohol en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, entre 1991 y 1998. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad* Vol. XVI No. 47 Enero / Abril de 2010
- Pérez Gómez, A. y Correa Muñoz, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *LIBERABIT* 17(2), 211-222 ISSN: 1729-4827
- Pons Diez X (2008) Modelos interpretativos del consumo de drogas. *POLIS*. 2 (4), 157-186.
- Recalcati, M. (2005). *Clínica del vacío. Anorexia, dependencias y psicosis*. Madrid: Síntesis
- Reyes Vallejo, O (2002). Helene Deutsch, pionera en el acercamiento a la psico(pato)logía de la mujer desde la perspectiva psicoanalítica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría XXII* (83)
- Riviere, J. (1929/2007). La femineidad como mascara. En *Athenea digital*. 11. (pp 219-226). ISSN 1578-8946.
- Romero Mendoza, M y Durand Smith, A (2006). Guía mujeres y hombres ante las adicciones: El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento. Publicación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. México. ISBN 970-721-393-0
- Romero, M; Rodriguez, E; Durand Smith, A & Otros (2003). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Segunda parte. *Salud Mental, Vol. 27, No. 1, febrero 2004*.
- Romo, N (S-F). *Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres*.
- Roudinesco, E & Plon, M. (2008) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Santiago, J. (1993). Droga, ciencia y goce: Sobre la toxicomanía en el campo Freudiano.(Pp 137-142). *Toxicomanía y alcoholismo. Sujeto, goce y*

- modernidad. Fundamentos de la clínica.* Buenos Aires: Atuel-TyA. ISBN 987-99219-8-4.
- Sauce, P. (Noviembre 2016). Entrevista. *PHARMAKON DIGITAL.* (2). Red TyA del campo Freudiano. pp.38-42
- SEDRONAR (2017a). Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2017.
- SEDRONAR (2017) Informe de los principales resultados sobre la población femenina. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2017.
- SEDRONAR (2011). Estudio nacional de pacientes en centros de tratamiento Argentina 2010.
- SEDRONAR (2009). Censo nacional de centros de tratamiento. Argentina 2008. Observatorio argentino de drogas área de investigaciones.
- Silliti, D. (1993). La eficacia del nombre: los llamados adictos. (PP. 51-58.) *Toxicomanía y alcoholismo. Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica.* Instituto del campo Freudiano. Buenos aires: atuel. ISBN 987-99219-8-4
- Sinatra, E. (2017). *Todo sobre las drogas.* 1a ed., 2da. Reimp.- Buenos Aires: Grama. ISBN: 978-987-1649-09-9
- Sinatra, E. (2010). El amor toxico y las drogas duras, *Pharmakon 11.* Buenos Aires: Grama.
- Soler, C. (1993). ¿Existe el narcisismo femenino? Posición masoquista, posición femenina. Brodsky, G (1993). *Sexualidad femenina.* (pp 11-26). Publicación de la escuela de orientación Lacaniana miembro de la asociación mundial de psicoanálisis. ISBN 987-99805-2-2.
- Soler, C. (2015). *Lo que Lacan dijo de las mujeres.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós. ISBN: 978-950-12-0221-2
- Soto Fortuny, C. (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas ¿posible o imposible?* (Tesis de maestría). Universidad de Chile. Facultad de medicina. Departamento de psicología.
- Staude, S (2007). Las adicciones y la pasión por la ignorancia. *Desde el Jardín de Freud.* 7. 55- 64. ISSN: 1657-3986
- Tendlarz, S (2013). *Las mujeres y sus goces.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Colección Diva.
- Thomas, O. (2006). Toxicomanie féminine. Toulouse: *Eres.* 2006/9 n° 113 | pages 31 à 39 ISSN 1260-5921"
- Thompson, S. (2015). Los semblantes femeninos. *Revista Universitaria de Psicoanálisis UBA.* ISSN 1515-3894. Pp.187-204.

UNODC (2016). Implementation of the recommendations adopted by the Twenty-fifth Meeting of Heads of National Drug Law Enforcement Agencies, Latin America and the Caribbean . Twenty-sixth Meeting of Heads of National Drug Law Enforcement Agencies, Latin America and the Caribbean Santiago, 3-7 October 2016*

UNODC (2018). Women and drugs. Drug use, drug supply and their consequences. ISBN: 978-92-1-148304-8 United Nations publication: Viena.

Vasilachis de Gialdino, I (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Biblioteca de Educación Gedisa editorial.

Zaffore, C y Mazzuca, M (2002). Estragarse la píldora. *Pharmakon* 9. pp 65-69. Instituto del campo freudiano. Editado por T y A. Barcelona.

ANEXOS

1. Consentimiento informado.

Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires

El objetivo de esta investigación es obtener información sobre el consumo problemático de sustancias en las pacientes mujeres que consultan en la institución en la que dicho proceso se realiza. Esta información resultará de utilidad para conocer ciertos aspectos característicos (si es que los hubiere) de esta problemática en la población femenina. En consecuencia, la investigación puede beneficiar a las mujeres, instituciones y profesionales que trabajan con ellas. Brindando un servicio más acorde a las necesidades que la realidad expresa.

Para esta investigación se recaban datos a partir de la observación y de entrevistas confidenciales a pacientes de sexo femenino con una edad mayor a los 18 años. Si la persona tuviere una edad inferior a los 18 años de edad y manifiesta voluntad de participar en esta investigación este consentimiento deberá ser firmado por su madre/ padre o tutor legal.

Las entrevistas se realizarán en el hospital reencuentro, situado en la calle 64 número 591 de la ciudad de La Plata y/o en la sala de desintoxicación del Hospital del Carmen de San Miguel de Tucumán.

La identidad del entrevistado y los datos relativos a la situación analizada serán confidenciales, tanto en los informes de investigación como en caso de que los resultados sean publicados.

El material a analizar será exclusivamente el recabado en las entrevistas a personas que hayan firmado el consentimiento informado y el observado en (reuniones, actividades, etc.), siempre y cuando todos los que allí participen den su consentimiento al respecto.

De no querer participar en la entrevista no se lo incluirá en la muestra a entrevistar.

Si negara su autorización para utilizar la información obtenida durante (la reunión, actividad, etc.) se excluirá el caso de esta investigación.

En el informe final de la investigación se comunicará la cantidad de personas que pidieron ser retirados de ésta y de casos que se excluyeron.

La participación de los entrevistados en esta investigación es voluntaria, así como la decisión de dar por terminada la entrevista en cualquier momento; tienen, además, el derecho de formular todas las preguntas que consideren necesarias para aclarar sus dudas.

Autorizo la utilización de la información aquí relevada y la que se recabó en la reunión donde participé, a los fines de la investigación planteada.

Estas pautas me han sido propuestas y explicadas por la Licenciada María del Pilar Bolpe

Autorizo la utilización con fines docentes y la publicación con fines científicos de los datos y de los resultados obtenidos durante la investigación, siempre que se preserve la confidencialidad de los datos de todas las personas involucradas.

Lugar:.....

Fecha:/...../.....

Firma:

Aclaración:

DNI:.....

H.C N°

Ingreso: / /

Ficha Clínica parte I

Apellido y Nombre:		Edad:	
Fecha de Nacimiento:		Lugar:	
Estado civil: Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> separad <input type="checkbox"/>			
Nivel de instrucción alcanzado: primario <input type="checkbox"/> secund <input type="checkbox"/> terciario <input type="checkbox"/> univers <input type="checkbox"/>			
Motivo:			
Ocupación:		Hijos:	
Familia Biológica			
	Edad	vive	Ocupación
Padre			
Madre			
Hermanos			
Convive con:			
Como llega a la institución:			
Quien realiza la consulta? Paciente <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> instancia judicial <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>			
Especificar:			
Motivo de Consulta:			
Posición del sujeto frente a la demanda de asistencia:			
Coyuntura de comienzo del tratamiento:			
¿Sostiene Tratamiento? SI <input type="checkbox"/> Tiempo:		NO <input type="checkbox"/>	
Observaciones/Reingresos/etc:			

Ficha clínica Parte II

Historia sexual

Edad de inicio..... Años

- Tipo de relaciones Heterosex Homosex Bisexuales promiscuidad

Observaciones/trastornos sex, etc:

- Refiere abuso sexual si No

Intrafamiliar Extrafamiliar Desconocido

Observaciones/ otro dato de interes:

Área familiar

Antecedentes de:

- Enfermedades mentales Si No

Especificar:

- Consumo de tóxicos Si No

Especificar:

- Violencia Familiar Si No

Especificar:

- Antecedentes Penales Si No

Especificar:

Enfermedades de transmisión sexual Si No Ns/nC

Especificar cual:

Antecedentes penales

Si

No

Especificar:

Consumo de sustancias Tóxicas

Edad de inicio en el consumo:Años

Droga/ sustancia de inicio:

Sustancias consumidas:

Droga/ Sustancia por la que consulta:

¿Consumo o consumió Psicofármacos? Si No ¿Quién se los indicó? _____

¿Quién se los provee? _____

¿Su pareja consume o consumía? Si

No

Observaciones:

Tipo de relación con la sustancia:

Otros síntomas actuales y/o pasados:

Conductas de Riesgo:

Cambio del motivo de consulta en el curso de las entrevistas: