

ASPECTOS CLINICOS DE LAS TOXICOMANIAS

Encarna Amorós Ruiz*

RESUMEN

A partir de la experiencia profesional con pacientes alcohólicos y toxicómanos, voy a tratar de reflejar en este artículo los aspectos clínicos del tratamiento de las toxicomanías, y las dificultades que pueden surgir en el trabajo con este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE

Toxicomanía, clínica, tratamiento, acting-out, tolerancia a la frustración.

INTRODUCCION

Las características que pueden perfilar, a grandes rasgos, el tipo de población adicta con la que he trabajado son las siguientes: mayoritariamente hombres, solteros, con estudios primarios, con profesión no cualificada. En la mitad de los casos, en paro. Casi la totalidad acudieron por presentar consumo de heroína, acompañado de otras sustancias, como cocaína y benzodicepinas. El consumo lo realizaban por vía endovenosa en su mayoría, y una tercera parte era positivo al virus del SIDA. En el período de tiempo de diez años, desde 1977 a 1987, inició el consumo gran parte de ellos.

En lo que se refiere al tratamiento, una tercera parte de los pacientes, del total que lo iniciaban, lo continuaba.

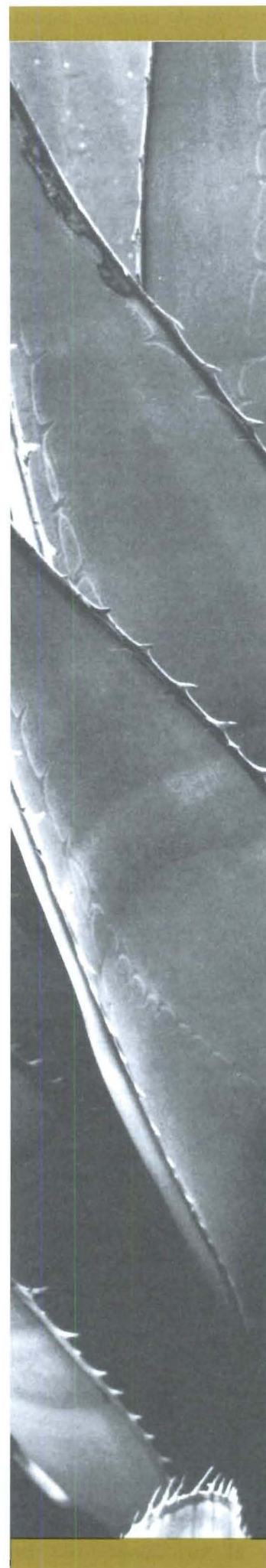
La mitad de los pacientes había acudido en alguna ocasión a otro lugar en busca de tratamiento, lo que está en relación con el alto número de abandonos que encontramos en este tipo de pacientes, después de ese primer contacto.

ASPECTOS CLINICOS

Cuando nos encontramos por primera vez con el paciente toxicómano, llama la atención la actitud que suele presentar, demandando ser atendido muy rápidamente, haciendo referencia a su situación de dependencia de la sustancia tóxica, con un gran dramatismo y con una gran urgencia.

Hay en este tipo de paciente una gran dificultad en tolerar la tensión, el dolor, la frustración y las situaciones de espera, y esto hace que, cuando acude en demanda de tratamiento, lo haga con esta exigencia. Y es importante que la respuesta por parte del terapeuta no sea la de responder también con ansiedad a esta demanda del paciente.

Cuando el efecto de la droga ha pasado, el dolor o la frustración se hacen aún



* Psicóloga Clínica.



Foto Anna Devicenti

más intolerables. Esto se convierte en un círculo maníaco-depresivo, maníaco cuando el sujeto está bajo los efectos de la sustancia, y depresivo, cuando estos efectos ya han pasado. Esto hará que en muchas ocasiones la demanda del paciente venga determinada por esta situación de abstinencia de la sustancia y que desaparezca esta demanda cuando de nuevo no hay esta falta.

Esta actitud exigente del paciente se da tanto en relación a los profesionales como hacia sus familiares y en general hacia todas las personas que le rodean. Este sólo muestra verdadero interés en satisfacer sus propias necesidades, sin tener en cuenta a los demás, que sólo son importantes para el paciente si están dispuestos a cubrir sus demandas.

Pero, por otro lado, y como el complementario de esta actitud exigente, el toxicómano es extremadamente dependiente.

En la mayor parte de los casos, la situación en la que se encuentra es la de seguir viviendo con los padres, dependiendo de ellos al no tener ingresos propios unas veces, y otras porque, aun teniendo ingresos, éstos son totalmente insuficientes para cubrir el consumo de las sustancias y los gastos que podrían suponer el vivir de forma independiente.

En las historias de las familias de los pacientes se han encontrado en un cierto número de casos, situaciones tales como la muerte de uno de los padres en la infancia, maltrato infantil, alcoholismo, que en los casos detectados ha sido paterno, así como adicción

al juego, en uno de los padres, y agresiones por parte del padre a la madre y a los hijos. En la madre, la patología más encontrada ha sido un trastorno de tipo depresivo. En unos pocos casos, se ha encontrado un trastorno psicótico en uno de los padres.

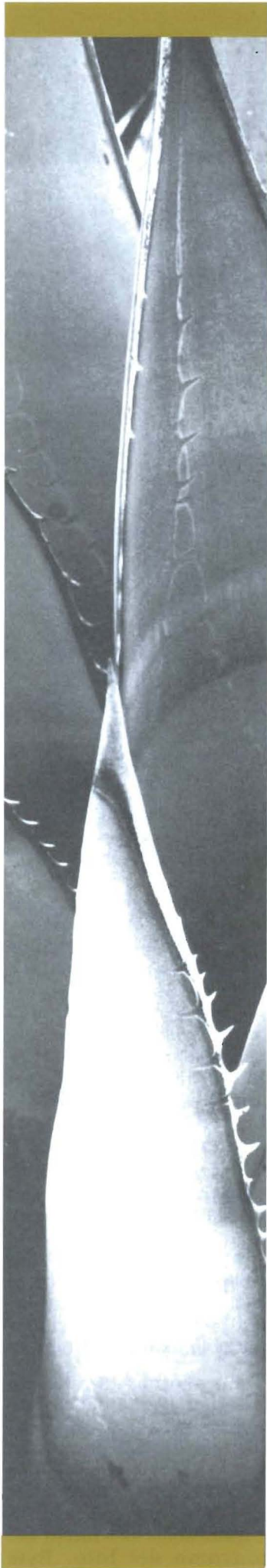
Es de señalar la importancia de todas estas situaciones, pero quisiera detenerme en los casos en los que el paciente ha tenido una situación en la infancia de violencia, y como esa violencia ha determinado en el paciente una gran agresividad, con peleas y agresiones a los demás en los momentos en los que el paciente se encontraba bajo los efectos de alguna sustancia tóxica, y que podía controlar cuando no había tomado dicha sustancia.

Vamos a ver las diferentes situaciones que se pueden dar en la familia de un paciente de estas características.

La familia del toxicómano adopta diferentes posturas frente a la problemática que presenta el hijo. En unos casos, de reproche por lo ocurrido, siendo una queja frecuente, en los pacientes que habían abandonado el consumo, este constante recordarles la drogodependencia por parte de la familia.

En otros casos, la protección era excesiva, y el trato que los padres daban al hijo era como si éste fuera un niño pequeño, incapaz de decidir por él mismo y sin responsabilidad frente a las situaciones que se le iban presentando.

En algunas familias la actitud exigente del toxicómano era compartida también por los miembros, responsabilizando de lo ocurrido a los demás. Los otros toxicómanos eran los responsables del inicio del consumo del hijo. Este



parecía haber sido “engañado”, incitado al consumo, pero con muy poca responsabilidad por su parte en este inicio.

Del mismo modo que la responsabilidad del inicio del consumo estaba en los otros toxicómanos, también las recaídas eran explicadas en muchos casos por esta incitación de los demás, y no por la propia iniciativa del hijo. En ambas situaciones eran los otros los responsables del problema, y no el propio toxicómano. El continuar el consumo era explicado por la dependencia que produce la sustancia, y por la dificultad que supone el abandono del consumo. Tampoco aquí parecía que fuera el toxicómano el responsable de su adicción.

En algunos casos, también la familia atribuía el fracaso del tratamiento a la insuficiencia del mismo, a la falta de recursos, a los profesionales del propio centro, etc., y no a la falta de un deseo claro por parte del paciente de abandonar el consumo de la sustancia de forma definitiva.

En resumen, la familia no quería asumir ningún tipo de responsabilidad en la toxicomanía del hijo, y tampoco éste era responsable de su problema. Toda la culpa recaía fuera.

Una situación diferente se da cuando todo gira en la familia alrededor del problema de la toxicomanía, convirtiéndose el paciente en el eje del grupo familiar, que en unos casos es señalado como el culpable de todos los problemas, y en otros, su adicción es lo más importante y alrededor de la que se mantiene el núcleo familiar. En ambas situaciones la familia se centra alrededor del paciente y de su enfermedad, y da la sensación de no tener vida propia si no es a través de la toxicomanía, ya que todo es en función del hijo enfermo, y todos los miembros del grupo familiar están supeditados a él. En esta situación la familia puede resistirse a que tenga éxito el

tratamiento, ya que todo el equilibrio familiar está construido apoyándose en este miembro enfermo, y este equilibrio quedaría roto si el paciente abandonara el consumo.

Encontramos una dificultad importante en el adicto, que es el reconocer a los demás como individuos diferentes e independientes de él y que implica que está funcionando con mecanismos maníacos de omnipotencia, mediante los cuales cree que sólo es importante su situación, su dolor y su malestar, negando la importancia que los demás tienen para él y, por lo tanto, la propia dependencia hacia ellos, unido a su intento de utilizar a los demás para que satisfagan sus necesidades, pero sin un reconocimiento de las necesidades de los otros.

El reconocer a los otros comporta además la propia individuación, y esta dificultad en poder acceder a esta individuación se produce por una dificultad de asumir la separación, la diferenciación entre el otro y uno mismo.

Cuando la realidad se hace insoportable para el individuo, éste regresa a un estado de pasividad, dependencia y fusión con el otro.

El toxicómano es un sujeto extremadamente dependiente de los demás, aunque esa dependencia va unida a la exigencia imperiosa de satisfacción de sus necesidades y a la negación de esa dependencia emocional, reconociendo únicamente la dependencia material.

Las exigencias de la vida, los valores y normas no tienen para él ningún valor. Este prescindir del entorno hace que no se diferencie de los demás, que no establezca límites entre él y los otros.

En todos los individuos hay una ambivalencia, una mezcla de amor y odio, el que satisface es amado y el que frustra es odiado.

Pero siempre será mucho mayor la demanda

y la vivencia de amor del sujeto que todo aquello que desde la realidad se opone a esa satisfacción.

El toxicómano tiene graves dificultades para aceptar que no ha de encontrar esta satisfacción de todas sus necesidades en la vida real, y es lo que busca a través del consumo de las sustancias, una huida de la realidad hacia un mundo que bajo los efectos de la droga se siente sin problemas ni frustraciones, un mundo al que no le falta nada.

La capacidad del paciente de tolerar la frustración le permite tener un mejor contacto con la realidad, mientras que la fantasía es una huida de la realidad y de sentimientos no deseados. La mayor o menor capacidad de tolerar la frustración, que podríamos pensar que es innata, y unas primeras experiencias satisfactorias o frustrantes, dan como resultado que el individuo pueda ir tolerando o no las dificultades con las que se irá encontrando.

La aceptación de la separación crea la incompletud en el individuo. Cuando hay dificultad para reconocer esta incompletud, porque se vive como una herida narcisista, la separación es negada para así poder seguir creyéndose completo.

Otro aspecto importante en la relación entre el individuo y los demás es el anhelo de reconocimiento que existe en todos los seres humanos y que se ve dificultado en estos pacientes, debido a la pérdida de autoestima que sufren, ya que, entonces, el sujeto se autolimita y se repliega en sí mismo, al no considerarse con la suficiente valía y al situarse en inferioridad de condiciones frente a los demás.

Es frecuente ver, en los adictos que ya han abandonado el consumo, importantes dificultades a la hora de desarrollar algún tipo de actividad, ya que no tienen intereses ni se encuentran con posibilidades de llevar nada a cabo.

Para todo individuo las primeras experiencias emocionales tienen que ser significadas por la madre. Por un lado, la madre ha de ser capaz de entender los mensajes que le envía ese bebé y darle una respuesta tranquilizadora. Si esto ocurre así, la experiencia satisfactoria hace que se internalice un buen objeto, que sirve para fortalecer el yo y que contrarresta la disociación y la dispersión y aumenta la capacidad de síntesis e integración.

Esta integración es necesaria para que se den relaciones satisfactorias con los demás.

La madre actúa en este sentido como continente del hijo, al hacerse cargo de los aspectos emocionales de éste, y devolvérselos de forma que éste ya pueda hacerse cargo de ellos.

Por otro lado es necesario que la madre tenga una representación mental del bebé como alguien independiente y autónomo. Cuando esto no es así, y el hijo no representa para la madre más que una extensión de ella misma, el buen funcionamiento del hijo supone el buen funcionamiento de ella y de su omnipotencia.

El padre está excluido en la relación entre madre e hijo.

La pareja parental no tiene una relación de placer, sino de odio. El hijo no está en relación con la pareja de padres, sino que él es la pareja de la madre, y el padre está excluido.

Podríamos preguntarnos el porqué de esta dificultad para aceptar la separación, la individuación; en una palabra, aceptar la responsabilidad que cada cual tiene en los destinos de su propia vida y dejar de achacar a la mala suerte o a la insuficiente ayuda de los demás las dificultades con que cada cual se encuentra.

Una parte importante de la identidad de todo sujeto es lo que representa para los demás. Aquí encontramos una negación en el toxicómano, que no reco-

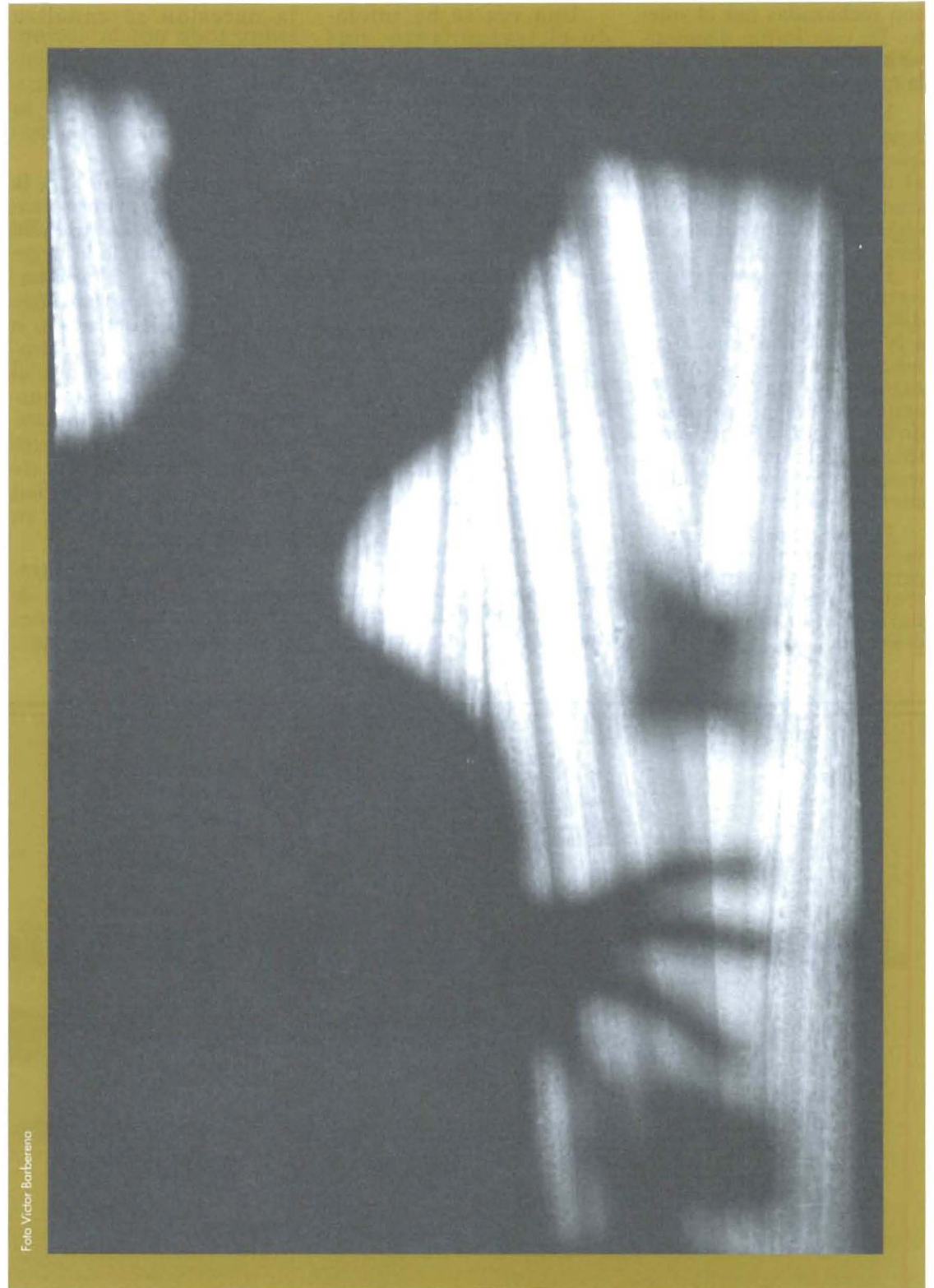


Foto Víctor Barberano

noce la dependencia de lo que él pueda ser para los demás, la importancia que tiene para la existencia del individuo lo que sea para los demás.

La separación del otro es rechazada porque el sujeto no ha podido internalizar, colocar dentro de él mismo, a través de una experiencia satisfactoria, unas figuras paternas que le puedan permitir la separación, la individuación y el crecimiento.

TRATAMIENTO

En el tratamiento del adicto se pueden encontrar diversas dificultades, que voy a tratar a continuación. En primer lugar, hay que hacer consciente en el paciente su necesidad de sostén, y ésta sería la primera dificultad con este tipo de pacientes.

El tratamiento se puede entender como un cambio en la capacidad de com-

prensión del paciente, también como un lugar continente de las angustias del paciente.

La virulencia de la destructividad puede ser modificada. A medida que aumenta la capacidad para soportar el sufrimiento mental, el individuo puede alcanzar una mayor integración, lo cual, a su vez, incrementa su fuerza y capacidad para enfrentarse con las partes del self que

son rechazadas por el sujeto. De esta forma disminuye la disociación y aumenta la integración.

El pensamiento es doloroso desde su inicio, porque surge cuando se acepta el dolor de la ausencia, cuando se reconoce que el objeto de la satisfacción no está.

El intentar conocer algo implica un sentimiento doloroso, que es inherente a la experiencia emocional misma del conocimiento, y explica además cómo, de acuerdo con la capacidad de la personalidad para tolerar la frustración, se trata de evadir o de modificar dicho dolor.

La necesidad de satisfacción siempre existe, pero es necesario que no se realice dicha satisfacción para que se produzca el desarrollo.

Una vez se ha iniciado el tratamiento, nos encontramos a menudo con actuaciones por parte del paciente.

Al acting-out se define como el actuar recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlas en el tratamiento.

Es una manera de impedir el progreso y de ignorar y alejarse del otro.

Es frecuente en las personas que tienen tendencia a la dramatización y una creencia en que las cosas se solucionen de forma mágica.

Es una característica inherente al tratamiento el que el paciente repita, tienda a manejar sus ansiedades y conflictos con los mismos métodos que usó en el pasado. En el paciente que tiende a la actuación,

la agresión se canaliza sobre todo por la acción. La acción suplanta al lenguaje, y la descarga muscular ocupa el lugar de la comunicación y del pensamiento.

Lo que determinaría la formación del primer pensamiento sería la ausencia de gratificación de la necesidad. Frente a esta situación hay dos alternativas, tolerar esta frustración o evitarla. Si tolera la frustración, reconociendo que el otro está ausente, ha construido su primer pensamiento. El acting-out está ligado a una forma de manejarse con la realidad que recurre a la acción en lugar de pensar.

Es importante en el tratamiento con este tipo de pacientes el manejo adecuado del acting-out, que,

como he dicho más arriba, es una dificultad importante en el desarrollo y progreso del proceso terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

BION, W.: *Experiencias en grupos*. Ed. Paidós.

BION, W.: *Aprendiendo de la experiencia*. Ed. Paidós.

MCDUGALL, J.: *Alegato por cierta anormalidad*. Ed. Petrel.

MELTZER, D.: *Los estados sexuales de la mente*. Ed. Kargieman.

Institut superior
d'estudis
psicològics



isep
formació

Jornadas internacionales sobre adquisición del lenguaje

Barcelona, 25, 26 y 27 de Febrero de 1994

Invitados:

Jean Rondal

(Université de Liège, Bélgica)

M^a José del Rio

(Universitat de Barcelona)

Aldo Vinko

(París, Francia)

Joan Deus

(Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau)

Emili Soro

(Centre d'Educació Especial NADIS)

Višnja Crnković

(Centro SUVAG, Yugoslavia)

Información:

BALMES, 32 PRAL.-2a. 08007 BARCELONA • Tel. (93) 487 77 77 • Fax (93) 488 15 34