

## CAPÍTULO 68

# ASPECTOS PSICODINÁMICOS DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

José Luis González de Rivera y Ana Luisa Monterrey

### 1. INTRODUCCIÓN

A diferencia de otros enfoques sobre el origen de la adicción a drogas, que ponen su énfasis en determinantes de tipo biológico o en la influencia de factores socio-económicos y culturales, la perspectiva psicodinámica estudia los procesos mentales que regulan la motivación personal, entendiendo la conducta humana como la expresión externa final de la interacción de estos procesos internos (Rivera, 1991). Uno de los primeros logros importantes de la investigación psicodinámica general fue el descubrimiento de estructuras mentales relativamente persistentes, con funciones características propias, que Freud (1923) designó con los términos de «ello», «yo» y «superyo».

El «ello» corresponde a la representación mental de la energía básica del individuo, y su función más elemental es la de contribuir a la regulación de las pulsiones, que se perciben como tensión cuando se acumulan y como placer o satisfacción cuando se descargan. Algunos autores, como Groddeck (1963), consideran que el ello tiene además otras funciones todavía más amplias e importantes, relacionadas con la capacidad de progreso, hasta el punto de convertirse en «...una fuerza maravillosa que dirige a la vez lo que el hombre hace y lo que le acontece... el hombre es vivido por el ello».

El «yo» constituye la parte organizativa de la persona, y sus funciones incluyen todos los aspectos de la relación con el mundo y de adaptación a la realidad. Se desarrolla por diferenciación progresiva de una parte del ello ante las frustraciones impuestas por la vida, y representa inicialmente un intento para mejorar su eficiencia. El yo se vuelve pronto, sin embargo, relativamente autónomo, y adopta como una de sus funciones principales la regulación de la actividad general del ello. Una revisión de las funciones del yo y su relevancia para la psiquiatría forense puede encontrarse en el capítulo de C. de las Cuevas en esta obra y también en Rivera (1992a).

El «superyo» corresponde a la conciencia moral y preceptos éticos internalizados a través del contacto con los padres y otros agentes educativos. Incluye no solamente las prohibiciones y códigos de conducta, sino también las aspiraciones, ambiciones e idea-

les del individuo. Se origina a partir del yo, y representa, en cierta forma, un perfeccionamiento de sus capacidades de adaptación.

Debido a la disparidad de sus fines, las tres estructuras están condenadas a entrar en conflicto, especialmente el ello y el superyo. En circunstancias óptimas, el yo actúa como regulador y mediador entre estas dos instancias, atemperando retrasando y modificando las exigencias del ello, y humanizando, flexibilizando y adaptando al contexto los códigos de conducta del superyo. En circunstancias menos óptimas, el yo puede activar una serie de procesos mentales relativamente maladaptativos, denominados «mecanismos de defensa» (A. Freud, 1965), cuya rígida persistencia acaba por traducirse clínicamente en trastornos mentales, fundamentalmente de tipo neurótico.

Las primeras formulaciones psicodinámicas sobre la adicción a drogas se deben a Freud (1905) y a Abraham (1908), quienes, aplicando los conocimientos del momento, coinciden en considerarla como una tentativa de facilitar la búsqueda de placer, aliviando la tensión acumulada en el ello cuando otras vías de descarga no son accesibles o resultan demasiado penosas para el individuo. A pesar de que Freud descubrió algunas de las propiedades de la cocaína, y llegó a utilizarla durante cierto tiempo, la droga cuyo consumo estudió con mayor profundidad fue el alcohol, al que atribuye tres efectos psicodinámicos importantes: 1) disminución de la tensión del ello; 2) perturbación de la capacidad perceptual del yo, especialmente en lo que se refiere a los aspectos más desagradables de la realidad; y 3) dulcificación del superyo, estructura que algunos de sus alumnos definían como «aquella parte de la personalidad que es soluble en alcohol». Freud describe también de manera interesante la relación entre el potencial para desarrollar adicción a drogas y la fijación en modos autoeróticos de satisfacción sexual: «...la masturbación es el único y mayor vicio, la "adicción princeps" y es solamente como sustituto de ella que las demás adicciones —el alcohol, morfina, tabaco, etc.— cobran su existencia».

Aunque el estudio de todas las posibilidades de interacciones y conflictos intrapsíquicos ha facilitado la comprensión de toda la psicopatología en general, contribuciones más importantes del conocimiento psicodinámico al tratamiento de las adicciones han tenido que esperar al descubrimiento de las estructuras mentales a lo largo de los últimos 20 años. La psicodinamia moderna se interesa ahora, gracias a las capitales aportaciones de Kernberg (1975) y Kohut (1971), por la coherencia, integración y funcionalidad global del sistema mental en su conjunto, así como por las experiencias tempranas que pueden determinar defectos o insuficiencias estructurales. Las observaciones referentes al desarrollo de la auto-estima, la regulación de los afectos y las sensaciones de eficacia y competencia personal son clave en esta perspectiva, que concede una nueva importancia a la calidad de las relaciones interpersonales tempranas. Como dice Kohut (1978) «un niño necesita alimentos... y un entorno empático, que responda específicamente a su necesidad de: a) ver confirmada su existencia por el placer que la misma genera en sus padres; y b) de sumergirse en la calma tranquilizadora de un adulto poderoso». Los descubrimientos de Kohut y su escuela, globalmente conocida como «la psicología del Self», han contribuido de manera definitiva a la comprensión de los fenómenos psíquicos asociados con la génesis de la adicción, clarificando, entre otras cosas, que la existencia de defectos nucleares en la estructura global de la personalidad es más determinante que los posibles conflictos entre las tres instancias psíquicas. Según Kohut (1978) el origen de este defecto nuclear ha de buscarse en fracasos en la relación simbiótica infantil,

producidos cuando el niño todavía necesita la sensación de fusión empática con un adulto omnipotente. Además de en la adicción a drogas, este proceso psicopatológico se encuentra con frecuencia en los trastornos graves del carácter, las psicopatías sociopáticas y las perversiones sexuales. El concepto de predisposición psicodinámica por vulnerabilidad nuclear del yo es importante para comprender el inicio, mantenimiento y eventual curación de las adicciones, así como para plantear de manera inteligente procedimientos terapéuticos y rehabilitadores apropiados. Recientemente, Stanto Peele (1990) ha criticado acertadamente la visión popular, sorprendentemente compartida por más de un «experto», de que las drogas actúan a la manera de un agente infeccioso, provocando la adicción en todo el que tenga suficiente contacto con ellas. A pesar de innumerables investigaciones sobre los mecanismos biológicos de la adicción, no ha quedado nunca claro de manera convincente que la simple administración de la droga sea la causa de la conducta adictiva en los humanos, mientras que sí parece cada vez más evidente que existe un factor de vulnerabilidad individual detectable psicodinámicamente. Lo que define la enfermedad adictiva, según este punto de vista, no es el mero uso de un agente tóxico, sino la existencia de una necesidad o presión interna que inevitablemente fuerza al sujeto hacia su búsqueda y consumo. Antes de que el sujeto haya tenido contacto con sustancias psicoactivas, esta presión interna pueda ya estar presente de manera importante, poniéndose en evidencia por equivalentes psicopatológicos sustituyentes, tales como tendencia a la violencia o a la delincuencia, estados depresivos, crisis de ansiedad o alteraciones en la alimentación (Rado, 1933, 1957; Kohut, 1978; Wumser, 1978; Khantzian, 1990). Por otra parte, cuando un consumidor activo de sustancias psicotrópicas lo hace por presión ambiental, por moda social, como tratamiento médico, o incluso para protegerse psicológicamente de circunstancias sumamente estresantes, no lo consideraremos como un adicto desde el punto de vista psicodinámico, mientras la motivación para el consumo se mantenga circunstancial, y pueda desaparecer de manera fácil y permanente cuando la situación externa o la propia decisión del sujeto así lo requieran. Escohotado (1989, 1990) ilustra esta tesis con considerable documentación histórica, aportando además importante información sobre los usos religiosos, recreativos y sociales de las sustancias psicoactivas en diversas épocas y culturas. Desde el punto de vista clínico epidemiológico, Kandel (1978, 1989) llega a conclusiones parecidas en un importante estudio norteamericano en el que 1.222 usuarios adolescentes de marihuana y cocaína fueron seguidos durante más de diez años. La mayoría de los sujetos abandonaron por completo el uso de drogas al alcanzar la edad adulta, generalmente de manera espontánea y sin recaídas, siendo posible identificar retrospectivamente características diferenciales entre ellos y los que desarrollaron una auténtica adicción. Los principales factores predictores de abstinencia resultaron ser la incorporación en medios y rutinas sociales en los que el uso de drogas resulta inapropiado, la buena capacidad de adaptación social, la buena salud mental y otros indicadores de que el uso adolescente de drogas respondía más a curiosidad o influencias ambientales que a auténticas inclinaciones adictivas. Por el contrario, los sujetos que acabaron convirtiéndose en adictos ya carecían en la adolescencia de las cualidades mencionadas y, presumiblemente, iniciaron el consumo más por razones psicológicas propias que por pura experimentación o influencia ambiental. Entre los adictos a opiáceos, que generalmente son considerados como los más dañados psicológicamente, se observa un fenómeno similar, con abandono total del uso al cambiar drásticamente la situación, como ocurre, por ejemplo, en soldados nor-

teamericanos que consumieron durante años altas dosis de heroína en Vietnam, y que se convierten sin dificultad en abstinentes totales al volver a sus hogares (Robins, 1980). De manera menos dramática, Vaillant (1988) ha puesto en evidencia la facilidad con que sujetos que encuentran situaciones de estabilidad social y empleo gratificante, apoyo comunitario y nuevas relaciones que garantizan una dependencia segura (incluyendo la afiliación a grupos religiosos), abandonan pautas de abuso de larga duración. En contraposición, el éxito de la mera desintoxicación hospitalaria, que teóricamente corrige el componente biológico de dependencia farmacológica, es del orden de no más del 3% de abstinentes en el año siguiente al tratamiento. Estas observaciones, corroboradas entre otros por Westermeyer (1989), Khantzian (1990) y Gossop (1990), sugieren la conveniencia de concentrar mayores esfuerzos en el desarrollo de servicios que faciliten la corrección de los defectos de la personalidad del toxicómano y maximicen su capacidad de aprovechar todas las posibles alternativas de gratificación social a su alcance.

## **2. ELEMENTOS PSICODINÁMICOS DEL PROCESO ADICTIVO**

### **2.1. EL ANSIA**

Las primeras hipótesis psicodinámicas de la adicción consideraban que el afán de drogarse correspondía no solamente a la simple búsqueda de placer, sino, además, a una tendencia patológica a la regresión y fijación en la fase oral de desarrollo de la personalidad (Glover, 1932, 1956; Rado, 1933, 1956). De hecho, el intenso deseo que el adicto experimenta por su sustancia de consumo tiene un matiz de necesidad imperiosa (el «craving» de los anglosajones) que recuerda más a la desesperación del bebé hambriento que a la delectación anticipada del sibarita. Las primeras teorías biológicas sobre la adicción parecían apoyar este punto de vista, al considerar el ansia como la respuesta a un proceso fisiológico, o «hambre tisular», secundario a las modificaciones metabólicas inducidas por la sustancia de abuso en cuestión, en todo punto semejantes al hambre por hipoglucemia o a la sed por deshidratación (Dole, 1967). Sin embargo, es suficientemente aceptado hoy en día que el ansia del adicto no requiere de las modificaciones metabólicas propias de la dependencia farmacológica, e, inversamente, que la dependencia farmacológica no siempre se sigue de adicción (Wurmser, 1978, Falle, 1983, Goldberg, 1986, Peele, 1990). Asimismo, desde el estudio clásico de Chein (1964) en adictos a la heroína, se reconoce que el ansia adictiva es cualitativamente diferente de la búsqueda o el deseo normal, constituyendo ya por sí misma una manifestación psicopatológica. Su presencia en todos los adictos, con independencia de la sustancia de abuso, e incluso en personalidades «preadictivas» o en sujetos que siguen conductas adictivas no relacionadas con el consumo de drogas, se interpreta como la expresión de severos defectos o alteraciones en la estructura del yo (Peele, 1975; Wurmser, 1978, 1987; Khantzian, 1990).

Las características principales del ansia adictiva son: 1) Intensidad anormalmente intensa y exacerbada; 2) Reacción anormal ante la frustración del deseo, tanto en su calidad como en su intensidad; 3) Rigidez e incapacidad para modificar el deseo (por ejemplo, renunciando a él, atenuando sus exigencias, aceptando un sustituto). Consideraciones con respecto a la naturaleza del ansia adictiva, junto con otros datos obtenidos a través

de la psicoterapia psicodinámica de adictos, han llevado a la conclusión de que, más que un fenómeno de gratificación regresiva, la adicción representa, para la mayoría de los pacientes, una maniobra adaptativa y de defensa ante fuertes pulsiones primitivas, en las que predomina la rabia, la vergüenza y la depresión (Wurmser, 1974, Khantzian, 1985, 1986). El yo defectuoso de estos sujetos se halla permanentemente inmerso en una insoportable sensación de sufrimiento psíquico, ante la cual sus desestructurados mecanismos de defensa son totalmente ineficaces. El fallo de los mecanismos psicológicos propios para superar este estado conduce inevitablemente a la búsqueda inconsciente de agentes externos compensadores, apareciendo el ansia adictiva como expresión de la convicción absoluta de que la fusión o incorporación de determinado agente externo constituye la única salvación posible.

## 2.2. LA COMPULSIVIDAD

La sensación de obligatoriedad e inevitabilidad, fenómeno por otra parte común a otras manifestaciones de la psicopatología general, es un acompañante habitual del ansia adictiva y un componente constante de la conducta del adicto. La acción de toma de droga tiene que ser realizada de manera inescapable, y es totalmente ajena a su esfera de decisiones voluntarias. El adicto no solamente no es capaz de controlar sus ansias, sino que permite que toda su vida sea controlada por ellas, poniendo de manera incondicional a su disposición lo mejor de su inteligencia, de su simpatía y de todas sus dotes personales. La combinación de la compulsividad con los graves defectos en la estructuración superegoica del adicto se pone de manifiesto por la absoluta falta de moralidad y respeto con la que persigue sus fines, sin detenerse ante nada hasta lograr la substancia de consumo. Es esta combinación la que explica la facilidad con que los adictos recurren, en el mejor de los casos, al engaño y manipulación de todos los que les quieren o confían en ellos y, en el peor, al robo, la prostitución, o la violencia (ver capítulo 69).

## 2.3. LA EXTERNALIZACIÓN

Wurmster (1978, 1987) fue el primero en llamar la atención sobre este mecanismo de defensa característico de los adictos, aunque también es altamente operativo en los psicópatas antisociales. Técnicamente, se define como «la acción de tomar mágicamente control sobre lo incontrolable», y consiste en la tentativa de solucionar problemas psíquicos difusos mediante actuaciones externas concretas. Constituye una instancia particular de la llamada «actuación» o «paso al acto», defensa mucho más generalizada, en la que determinadas conductas o actos físicos son realizados para escapar de sentimientos desagradables, o por lo menos para encontrarles cierto sentido. Ejemplos frecuentes son el enamorado que rompe las relaciones porque no soporta el temor de no ser correspondido, o el sujeto con sentimientos de culpa que inicia una pelea o comete un delito para lograr ser castigado. La externalización del adicto se diferencia porque añade dos elementos esenciales: La necesidad de control sobre el agente externo, y la relativa especificidad del objeto o procedimiento en cuestión. Además, cuando la externalización actúa de manera masiva, suele estar acompañada de dos defectos

básicos en la formación del carácter que no son tan corrientes en el paso al acto: la *irresponsabilidad afectiva*, que consiste en considerar los propios sentimientos como inducidos por agentes externos («La gente me deprime», «ese tío me puso nervioso», etc.) y la *deshumanización*, que consiste en considerar a los demás como meros instrumentos sin vida ni derechos propios. La necesidad de control proviene, según Wurmser (1978), de las profundas heridas narcisistas tempranas y de los importantes defectos en el desarrollo de estructuras mentales. El adicto es un convencido en el poder mágico de su objetivo adictivo, al que atribuye la solución de todas sus carencias emocionales y cuya posesión ha de permitirle el control absoluto de todo su mundo.

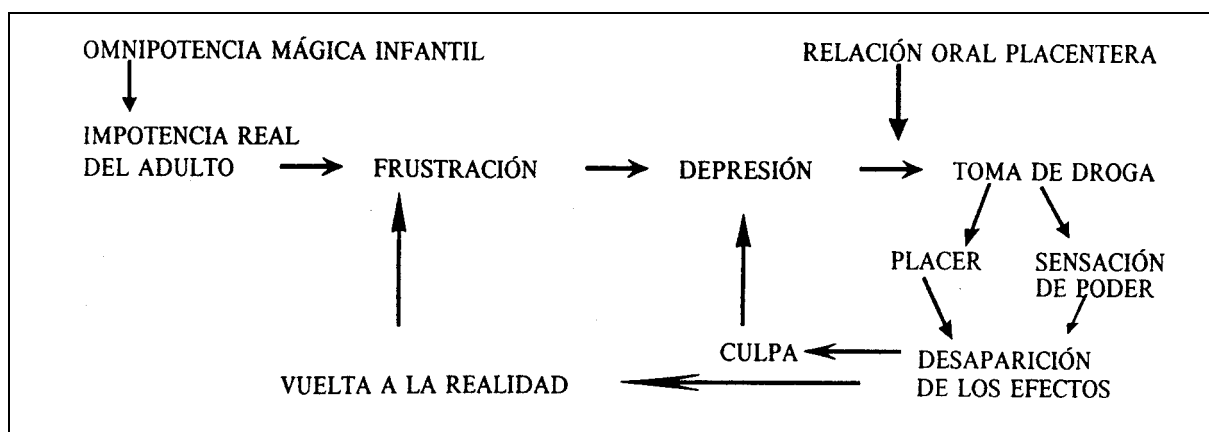
## 2.4. EL CÍRCULO VICIOSO

Una de las características más importantes del proceso adictivo es su tendencia a agravarse con cada ocasión de consumo. No sólo tiene lugar un deterioro progresivo en las relaciones sociales, la actividad laboral y el funcionamiento mental, sino que el sufrimiento psíquico y el ansia adictiva son cada vez más intensos, fuera de los estados de intoxicación. Varios autores han explicado este fenómeno como una dinámica de mantenimiento en círculo vicioso, entre ellos Rado (1933), Van Dijk (1971), Wurmser (1978) y Rivera (1980). El círculo vicioso o «bucle de retroalimentación positiva» es un proceso repetitivo en el que los efectos producidos por determinado evento causan a su vez la intensificación o repetición del mismo. En ocasiones, el automantenimiento del proceso puede continuar indefinidamente, aunque haya desaparecido la causa inicial que lo puso en movimiento. El concepto de círculo vicioso y su papel en la psicopatología crónica se discute más ampliamente en Rivera, 1992b. Según este tipo de formulaciones, el consumo de una sustancia psicotropa (incluyendo los fármacos ansiolíticos y sedantes), puede actuar sobre una base psicodinámica patológica como el detonante que hace explotar la toxicomanía. La primera de estas aportaciones se debe a Rado (1933), quien describe la «farmacotimia» o «deseo persistente e irreprimible de drogarse», que existe en predisposición ya antes de la primera toma de droga, y que constituye una reacción a fuertes sentimientos de frustración, desesperanza y depresión. La primera toma de droga incide sobre esta base como una experiencia mágica de liberación, iniciándose así el círculo vicioso (ver fig. 1). Los sentimientos de omnipotencia infantil que acompañan la relación oral placentera con la madre son normalmente renunciados en el curso del desarrollo de un sujeto sano, pero en el del preadicto, en quien se convierten en una dolorosa sensación de impotencia y soledad, con persistentes deseos inconscientes de recuperar las vivencias del estado de simbiosis infantil. En lugar de aceptar de manera realista sus limitaciones y buscar relaciones interpersonales maduras, el futuro toxicómano se siente herido, abandonado y frustrado, infantilmente convencido de que una agencia externa a él y mágicamente poderosa debe tomar a su cargo la resolución de todos sus problemas. En un intento de escapar de, y de vengarse por, estos sentimientos, los individuos con esta constelación psicodinámica pueden desarrollar comportamientos agresivos y antisociales, que no hacen sino agravar sus problemas. Si en un momento en que el sufrimiento psíquico es intenso, el individuo tiene la primera experiencia con la droga adecuada, se puede desencadenar una carrera de eventos que termina en la consolidación de un mecanismo adictivo psicológico. En un primer momento, la sensación pasiva placentera y

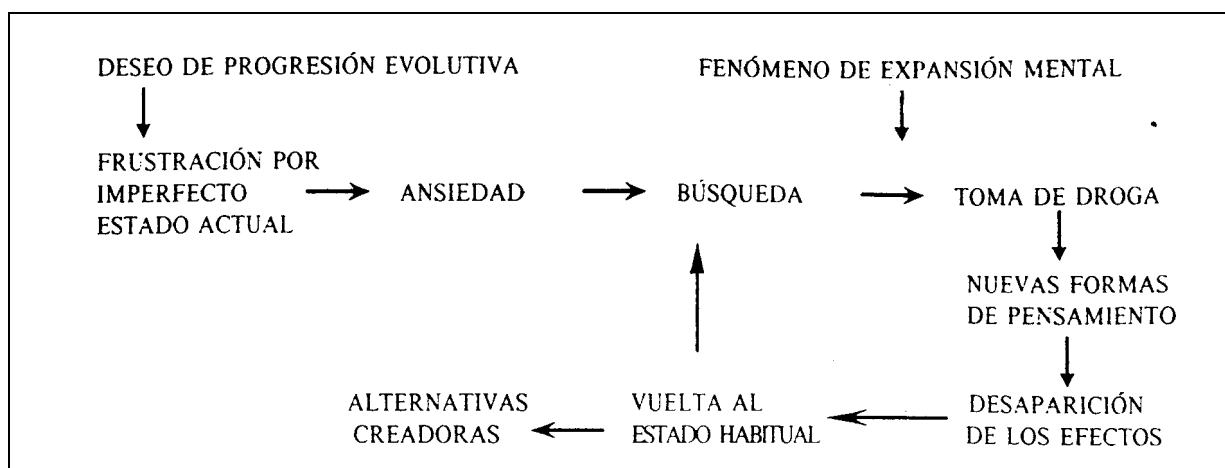
la vivencia omnipotente de un mundo fantástico carente de frustraciones parecen aportar exactamente todo lo que el toxifílico consideraba que le era debido para su felicidad. Pero al terminar los efectos de la droga la realidad se presenta, por puro contraste, aún más dura y frustrante. Si a ello se unen los sentimientos de culpa y vergüenza relacionados con haber cometido una acción condenada por la sociedad, y, sobre todo, con el reconocimiento de la propia debilidad, insuficiencia e insatisfacción, el sujeto queda aún peor que antes. En individuos con un desarrollo estructural más maduro, una experiencia desagradable de este tipo puede forzarles al desarrollo de algunos mecanismos internos de defensa, y a la búsqueda de otras formas de externalización, variando así sus dinámicas lo suficiente como para no repetir el consumo. En cambio, los sujetos vulnerables, incapaces de desarrollar sus estructuras defensivas internas sin el tratamiento apropiado, no encuentran otra solución mejor, y acaban cediendo a la tentación de una nueva toma de droga. Se cierra así el mecanismo de retroalimentación positiva, reforzándose el proceso circular repetitivo con cada nueva experiencia de intoxicación. El círculo vicioso de Rado, que Rivera (1982) denomina círculo vicioso regresivo o «mecanismo psicodinámico regresivo» parece ajustarse bien a las dinámicas de muchos heroinómanos y alcohólicos. Sin embargo, en la experiencia clínica con adolescentes y adultos jóvenes se encuentran algunos pacientes que no encajan bien en este esquema. Se trata de individuos que parecen estar «en busca de su propia identidad» (Feldman, 1971) o «huyendo de una sociedad aburrida y poco gratificante» (Delteil, 1970), que son de buen nivel socioeconómico y educacional, poco proclives a la criminalidad, soñadores, poco agresivos y competitivos, introvertidos pero sociables, interesados por el arte y la creatividad y cuyas drogas de uso preferidas son el ácido lisérgico y otros psicodislépticos (Masters, 1966; Rivera, 1980; Lukoff, 1990). A lo largo del tratamiento de pacientes de este tipo, Rivera (1980, 1982) ha identificado un proceso en círculo vicioso suficientemente diferente del de Rado como para ser considerado independiente (ver fig. 2). Más que en las tendencias regresivas hacia estados infantiles primitivos, como había descrito Rado, la base de este mecanismo está en el deseo de progresar hacia formas de pensamiento más desarrolladas y creativas, razón por la cual se le denomina círculo vicioso progresivo o «mecanismo progresivo de la adicción». Algunos de sus elementos iniciales, como el vago sentimiento de insatisfacción con la realidad presente, el inconformismo, las ansias de superación y la búsqueda de conceptualizaciones más amplias de la realidad, son frecuentes también en muchos artistas y científicos, y corresponden a lo que Jung ha denominado «tensión creadora». Según Jung (1933) hay personas mejor dotadas de lo normal, para quienes «...la restricción a la normalidad significa un aburrimiento insoportable, esterilidad infernal y desesperación... hay mucha gente que se vuelve neurótica por tener que ser sólo normal, de la misma manera que hay muchos neuróticos que lo son porque no pueden llegar a ser normales». Algunos de estos individuos creativos experimentan ocasionalmente crisis psicóticas de características peculiares, durante las cuales son capaces de continuar sus trabajos con altos niveles de creatividad (Rivera, 1992c). Algunos de ellos también son proclives a experimentar con drogas, especialmente si se encuentran en una cultura o en una situación social que favorece su consumo. Cuando esto tiene lugar en una situación de alta tensión creadora, particularmente si la droga tiene efectos psicodislépticos, el nuevo mundo de percepciones y formas de pensamiento que queda abierto es valorado muy altamente, y su exploración puede ser proseguida sin drogas, en ocasiones con resultados terapéuticos (Grof, 1980; Rivera, 1980, Lukoff, 1990). Sin embargo, en

sujetos predispuestos, la vuelta a la normalidad se acompaña de renovados sentimientos de insatisfacción, ansiedad y búsqueda, poniéndose en marcha el círculo vicioso adictivo. En ocasiones, cuando la intensidad del ansia adictiva aumenta de manera insoponible y/ o aparecen sentimientos de culpabilidad y depresión, se acaban poniendo en marcha mecanismos psicodinámicos regresivos, con paso a otro tipo de drogas.

**FIGURA 1**  
CÍRCULO VICIOSO FARMACOTÍMICO DE RADO



**FIGURA 2**  
MECANISMO PSICODINÁMICO PROGRESIVO DE RIVERA

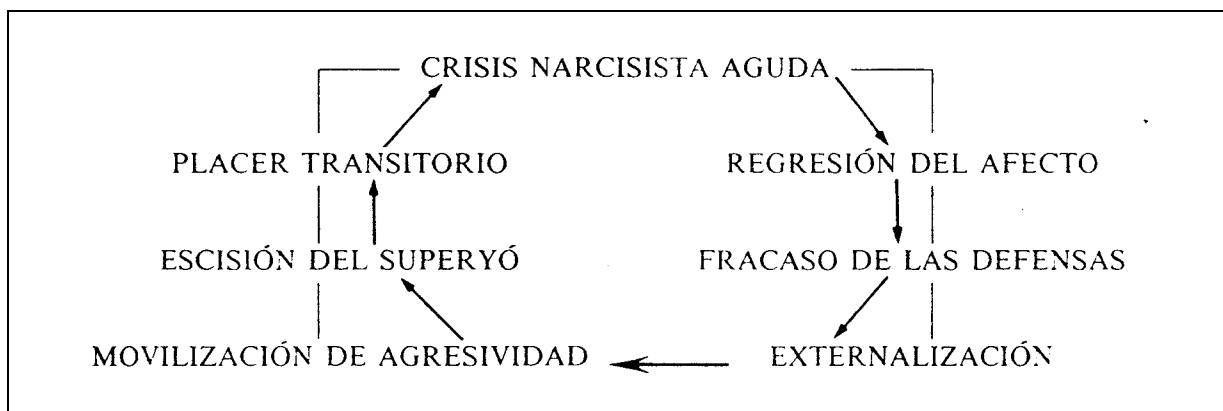


El círculo vicioso de VanDijk (1971) tiene el mérito de incluir aspectos biológicos y sociales, además de los psicodinámicos. Describe así un círculo vicioso cerebral, otro sociogénico y otro psicogénico, muy parecido este último al de Rado, que se imbrican y se reactivan mutuamente. Los conceptos de VanDijk han ejercido gran influencia en la planificación de la asistencia al toxicómano en Holanda, país del que procede, y su círculo



**FIGURA 3**

**EL CÍRCULO VICIOSO COMPULSIVO DE WURMSER**



vicioso bien podría denominarse el «mecanismo bio-psico-social de la adicción». Por último, el círculo vicioso de Wurmster (1978), que se resume en la fig. 3, es aplicable a los adictos más graves, y se basa en la comprensión profunda de las dinámicas que siguen a una crisis narcisista aguda. Según el esquema de Wurmster, el círculo compulsivo de la adicción se pone en marcha tras cualquier experiencia de dificultad o fracaso, que representa una lesión contra la inestable identidad y precaria autoestima del adicto. Esto lleva a la ruptura súbita de sus frágiles defensas y a la erupción de poderosos afectos primitivos, forzando el recurso masivo a la externalización. El fracaso de las defensas se acompaña también de liberación de los impulsos agresivos y de escisión del superyó, lo cual explica las frecuentes conductas auto y heterodestructivas. Finalmente, cuando la inducción química de un estado de plenitud y sosiego resuelve la situación por el momento, el placer transitorio deja al individuo proclive a nuevas crisis y a la repetición del ciclo.

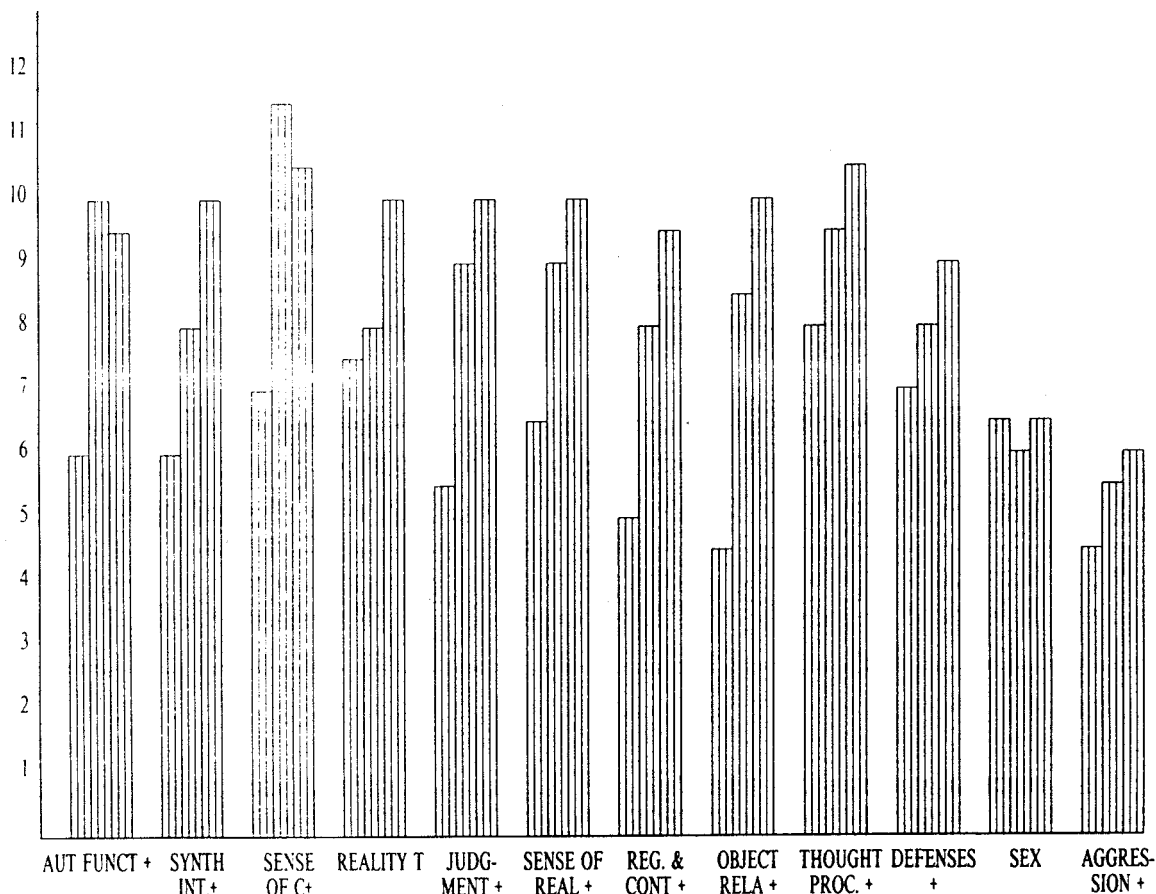
### 3. ELECCIÓN DE LA DROGA PREFERENCIAL DE ABUSO

Es fácil observar que, aún respondiendo al mismo patrón, los adictos a distintas drogas presentan entre si diferencias de personalidad y comportamiento, así como una clara preferencia por una sustancia específica de abuso. Incluso en los sujetos que utilizan varias drogas, hay siempre una «droga reina» o «droga madre», que es aquella que más claramente responde a las exigencias de sus dinámicas internas. Este fenómeno de elección de droga fue por primera vez puesto en evidencia por Wieder (1969), y ha sido corroborado independientemente por varios investigadores (Milkman, 1973; Khantzian, 1975; Wurmser, 1978; Rivera, 1980). Frosch (1978), aplicando el estudio sistemático de las funciones del yo en sujetos normales y en adictos a la heroína y a la cocaína, demuestra claras diferencias entre los tres grupos en estos parámetros (ver fig: 4). En general, la mayoría de los adictos inician su experiencia con el uso de varias drogas, frecuentemente siguiendo un proceso de escalada, es decir, de progresión desde drogas más «blandas» (de efectos menos intensos y más socialmente aceptables) a otras más «duras». Una vez que la externalización ha cristalizado como defensa, se sigue un proceso de ensayo y error en la búsqueda de la sustancia cuyos efectos compensen mejor las características específicas del

**FIGURA 4**

**FUNCIONES DEL YO EN ADICTOS A LA HEROÍNA A LA ANFETAMINA Y EN NORMALES.**

(Frosch, 1978; Cortesía del National Institute on Drug Abuse, USA)



sufrimiento psíquico. Una manera de interpretar este fenómeno es lo que Khantzian (1985) ha denominado «la hipótesis de la automedicación», en la que se concluye que los adictos presentan importante morbilidad psiquiátrica previa, recurriendo a la droga de manera sistemática cuando descubren que su acción psicótropa contrarresta sus síntomas más desagradables. Otros autores han presentado datos clínicos que confirman este punto de vista (Krystal, 1970; Rounsaville, 1982, 1991; Blatt, 1984). Wursman (1978) ya había enunciado estos mismos conceptos en diferentes términos, al definir la preferencia por cada sustancia en función del tipo de impulsos más amenazantes para cada paciente. Así, el problema predominante en los adictos a narcóticos es la agresividad y la rabia, eficazmente contrarrestada por la acción calmante de los opiáceos. El alcohol, los ansiolíticos y los sedantes alivian la ansiedad social, disminuyen las inhibiciones y disuelven los temores a la intimidad y dependencia. Según McClelland (1972), el alcohólico experimenta además un desagradable sentimiento de inferioridad y cobardía, que se convierte en sensación de poder y valor cuando se intoxica. Los adictos a la cocaína y

a los estimulantes en general prefieren este tipo de droga para contrarrestar sentimientos depresivos de fatiga y agotamiento y, en menor escala, de vacío y aburrimiento. Incidentalmente, hay que tener en cuenta que no todos los depresivos se sienten interesados por la cocaína, sino sólo aquellos que se exigen a sí mismos funcionar en altos niveles de energía e hiperactividad (Khantzian, 1990).

#### 4. CONCLUSIÓN

Aunque el objetivo principal de este capítulo ha sido delinear los aspectos psicodinámicos de la adicción a drogas, está claro que, independientemente de todas las consideraciones anteriores, hay factores sociales y culturales sin los cuales no podría existir el proceso adictivo. Por otra parte, hay evidencia de que, por lo menos en lo que se refiere al alcoholismo, la predisposición a la adicción puede tener bases genéticas y constitucionales (Vaillant, 1989; Lester, 1989). Ninguno de estos dos presupuestos invalida el enfoque psicodinámico, sino que, por el contrario, le otorga redoblado interés como fuente de nuevos métodos de evaluación, diagnóstico, prevención y rehabilitación. La importancia de la detección y tratamiento precoz de las personalidades vulnerables, la necesidad de la oferta de alternativas psicosociales, y la educación de los profesionales responsables en erradicar el mal modificando el terreno en que se asienta, son algunas conclusiones obvias de la consideración de los aspectos psicodinámicos de la adicción a drogas.