

## **Tratamiento de la drogadicción de larga duración y ontoterapia. A propósito de tres casos**

Juan Rojo Moreno\*, Maria Luisa García-Merita\*\* y Carlota Valdemoro García\*\*\*

\* Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia.

\*\* Catedrática de Psicopatología, Universitat de València

\*\*\* Doctora en Medicina, Psiquiatra.

Recibido: 08/02/2013 · Aceptado: 19/02/2013

### ***Resumen***

Los autores analizan, a partir de tres casos, factores clínicos, sociales, temperamentales y situacionales en pacientes drogodependientes de larga duración. Se valora especialmente la importancia que tiene el hecho que el consumo de drogas empiece en la adolescencia pues esto dificulta significativamente la creación de relaciones sociales y laborales estables. Además, las dificultades de adaptación son especialmente graves cuando los pacientes han llegado a una edad cercana o superior a los 30 años sin haber dejado de consumir drogas. El análisis fenomenológico-histórico nos lleva a la conclusión de que en muchos casos si no hay una conciencia reflexiva centrada en un proyecto vital, el tratamiento suele fracasar. La posibilidad de realizar un tratamiento ontoterápico ha de valorarse como un paso importante para evaluar las posibilidades fiables de curación en pacientes consumidores de larga duración.

### ***Palabras Clave***

Tratamiento de la drogadicción de larga duración. Ontoterapia. Pronóstico. Edad. Dificultad Adaptación. Proyecto vital.

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Dr. Juan Rojo Moreno  
Unidad Docente de Psiquiatría  
Facultad de Medicina  
Avenida Blasco Ibáñez 15-17. 46010 Valencia  
E-mail: [juan.m.rojo@uv.es](mailto:juan.m.rojo@uv.es)



### **Abstract**

The authors analyze clinical, social, temperamental and situational factors from three cases of patients with drug dependence. The importance of using drugs from adolescence was given particular value since this significantly complicates the creation of their employment and social relations. Adaptation difficulties are moreover particularly serious when the patient reaches the age of thirty years old or more without having ceased to consume drugs. We reach the conclusion through phenomenological-historical analysis that the treatment tends to fail if there is no reflexive conscience focused on a life project. The chance of performing ontotherapy treatment has to be valued as a significant step forward for appraising the reliable possibilities of recovery of long-term drug consumers.

### **Key Words**

Treatment of long-term drug dependence. Ontotherapy. Prognosis. Age, Difficulty of adaptation. Life project.

No cabe duda que en la actualidad el tema de las drogadicciones preocupa notablemente a toda la sociedad. Cada vez nuestros jóvenes empiezan a consumir alcohol y otras drogas a edades más tempranas, de hecho numerosos estudios apuntan que es a los 13-14 años cuando los jóvenes se inician en el consumo de alcohol y de hachís aumentando con la edad el consumo de estas y otras drogas.

Es por ello que desde todas las instituciones dedicadas a su prevención y tratamiento surgen una serie de preguntas que podríamos resumir en las siguientes:

¿Dónde está la cura de la drogadicción?: ¿En el paciente?, ¿en la sociedad?, ¿en la familia?, ¿en la medicación?

Evidentemente, la respuesta parece fácil: "en todo". La drogadicción y su terapia va

dirigida a un ser humano y éste está inmerso en una estructura empírica social, situativa y así mismo histórica. Y todo esto incardinado en su familia y el ambiente cercano en el que se ha de desenvolver; una vez esté libre del uso de la droga que le ha originado una alteración biológica.

Aquí podría, pues, acabar este artículo, pero esta respuesta no es tan fácil cuando individualizamos al paciente en concreto y esto es lo que vamos a realizar con la exposición de los tres casos siguientes.

#### **Primer Caso:**

M.C. es un varón de 39 años, hijo único. Temperamento extrovertido. Ha tenido fácil contacto con la estructura del consumo desde la infancia al tener los padres un bar. Durante la primera infancia su socialización fue normal



pero no así los rendimientos escolares, no llegando a obtener el Graduado Escolar.

A partir de los 13 años comienza a fumar hachís (porros) con mucha frecuencia y desde los 16 hasta los 30 años realiza un consumo muy abundante de alcohol y de diversos tóxicos (Speed, Éxtasis, LSD, Cocaína), ya que frecuentaba la "ruta del Bacalao". La madre es la que ha financiado el consumo de drogas y la familia lo ha llevado en múltiples ocasiones a centros específicos de tratamiento y a psicólogos y psiquiatras. Tras estar interno en un centro terapéutico y de desintoxicación durante 5 meses, hace tres años, consiguió estar abstinente de tóxicos durante 13 meses, mejorando mucho, durante ese tiempo, su carácter, estado de ánimo y trato con la gente. Pasado esos trece meses vuelve a consumir alcohol y progresivamente el consumo se hace diario con más de 8 cervezas al día y cada 1-2 meses hace consumo esporádico de cocaína. Así hasta la actualidad.

Aunque dice tener ideas de matarse y estar desanimado, su estado no es clínicamente depresivo. Así, por ejemplo, nos cuenta: "hoy he jugado muy bien distrayéndome a baloncesto y luego me he bebido dos cervezas viendo y disfrutando del azul del mar, fenomenal, tenía una vista maravillosa". Así mismo cuando queda con su pareja actual (la tiene desde hace 6 meses) "desconecta" de todos los problemas y está muy a gusto ya que no quiere que se hable de drogas delante de ella. Cuando se encuentra solo es cuando "se deprime" y le aparecen culpas por seguir bebiendo y refiere "ideas de matarse" por lo que ha acudido a la visita pensando que tiene una depresión y quisiera que le recetásemos un antidepresivo.

En el momento de explicarle a M.C. cual es su problema y que ha de empezar por no consumir alcohol, nos manifiesta que no está de acuerdo. También nos dice que si le damos tratamiento para la drogodependencia no lo va a seguir, pues él lo que esperaba era un diagnóstico y tratamiento de depresión.

Los aspectos positivos que presenta su entorno es que tiene el apoyo de la familia para que deje de consumir, que podría heredar el bar familiar (no hay otra posibilidad laboral pues no tiene formación profesional alguna) y que tiene relación tranquila y apoyo social con la pareja que le sirve de vínculo social, estando muy a gusto con los amigos de ella.

#### **Segundo Caso:**

R.C. es un paciente varón de 32 años, hijo único. Su temperamento es introvertido. El padre fallece cuando él tiene 15 años. La madre es definida como cariñosa y extrovertida. Finaliza la escolaridad básica e intenta estudiar BUP pero no lo acaba. Bebe alcohol frecuentemente desde los 14 años. Desde los 18 hasta los 25 el consumo de alcohol es diario y se le une frecuentemente consumo de cocaína y a veces de Speed o éxtasis. Consume hachís desde los 16 años y de forma diaria (más de 4 porros/día) desde hace 4 años. Su vida laboral ha sido muy inestable realizando diversos trabajos pero fallaba mucho "a causa de las drogas", por lo que le despedían o no le renovaban el contrato. Ha estado ingresado casi un año en una comunidad terapéutica y en otra comunidad ha realizado dos estancias de 6 meses, pero cuando le daban el alta volvía a consumir igual. Este último año el consumo de alcohol puede ser tan elevado que la familia lo ha de recoger cuando le avisan que está en



muy mal estado. La familia lo apoya pues al ser hijo único de madre viuda entienden que si lo abandonan no tendrá salida posible, pero no creen que le puedan dar muchas más oportunidades. Él no está de acuerdo que la familia realice un control absoluto sobre su vida y sus relaciones pero acepta las condiciones.

### Tercer Caso:

E.R. es un paciente de 29 años. Ocupa el segundo lugar en la fratría, tiene una hermana 7 años mayor que él. Su padre, bebedor habitual, le ha "minusvalorado" diciendo que tanto él como la madre no valen para nada y cuando está bajo los efectos del alcohol se enfada mucho y se pone de muy mal carácter. E.R. tiene un temperamento definido como introvertido, tranquilo y ordenado. La escolaridad fue normal y no obtuvo el graduado escolar pues le faltó aprobar dos asignaturas. Con 14 años fue a un taller, pero apenas acudía quedándose en los recreativos fumando hachís. Desde los 15 años empieza a trabajar en albañilería y ya comienza a consumir frecuentemente cocaína y alcohol. A partir de los 20 años sus trabajos son cada vez más esporádicos, ya que padece autorreferencias, notando que le miran y murmuran de él y sobre todo le molestaba mucho notar que se ríen de él; por esto tenía enfados paratímicos (explosivos) con compañeros o amigos que le originaban problemas sociales y laborales.

Cuando es visitado lleva cinco meses sin consumir tóxicos y le han disminuido mucho los síntomas paranoides, pero se mantiene gran susceptibilidad en su pueblo al pensar que murmuran de él ya que lo ven pasear y piensan que no sirve para trabajar. Esto no le ocurre en pueblos donde no le conocen.

## COMENTARIO Y CONCLUSIÓN

Nos encontramos con tres personas adultas que han realizado un consumo de drogas durante muchos años de su vida y el análisis fenomenológico-histórico nos obliga a puntualizar una serie de datos:

1- El consumo no ha empezado en una edad cualquiera. Comienza en lo que Conrad denomina la segunda metamorfosis. Es una edad de cambio (la adolescencia) en la que han de estructurarse los fundamentos definidos de la vida práctica (praxis) laboral y justo en ese momento en el que se dan dos elementos contradictorios: a) la necesidad de establecer patrones definidos de praxis adaptativa y b) la inestabilidad emocional por los cambios rápidos que se producen en esta etapa de adolescencia. Es justamente en ese momento turbulento existencial cuando se inicia el consumo de tóxicos, lo que ha tenido unas consecuencias decisivas para el futuro de los pacientes: la incapacidad de establecer un paradigma social y relacional estable y así mismo la incapacidad de mantener un proyecto vital laboral.<sup>1</sup>

2- Ciertamente valorar la sintomatología es importante; puede ser en muchos casos depresiva, ansiosa, o autorreferente (como en nuestro tercer caso), pero como señala L. Binswanger si la psicopatología no tiene en cuenta al hombre en el sentido del ser-en-el-mundo, entonces sus construcciones flotan en el aire pues no ve ni sabe qué es lo que verdaderamente se debe explicar.

<sup>1</sup> Ortega y Gasset habla de Proyecto Vital como la forma en que cada uno realiza la perspectiva propia, única y personal absorbiendo la verdad de sus circunstancias.



3- En tercer lugar nos referimos a la edad que en el momento de la consulta tienen nuestros tres protagonistas. Ésta también tiene especial importancia; ya con 30 años o por encima de esta edad, cuando nos planteamos un tratamiento personal, nos encontramos con la dificultad de la falta de entrenamiento adaptativo vital. ¿Dónde se puede poner a trabajar una persona que no ha realizado actividades estables, ahora en estas edades? Ciertamente que no todo en la vida es el trabajo, pero es realmente el vínculo de adaptación mínimo que podemos tener como referencia del esfuerzo a entrar en la dinámica compartida de la vida social. En más de un caso nos hemos encontrado que la persona con estas edades, cerca o más de treinta años, consiguen dejar de consumir tóxicos pero luego les cuesta tanto el esfuerzo de ajuste, que “prefieren” volver a consumir antes que seguir vivenciando la angustia adaptativa. El tratamiento aquí, evidentemente, no solo ha de ser biológico y psicoterapéutico sistémico, sino que además desde el principio ha de ser un tratamiento que parta de la conciencia autosituativa. Si el paciente no es capaz de tener esa conciencia reflexiva situacional y aceptar las dificultades de elaborar un proyecto vital (orteguiano), la psicoterapia y el tratamiento biológico no funcionará por muchos centros de inserción que tengamos y muchos fármacos o psicoterapias que utilicemos.

4- Por lo tanto, nos damos cuenta de que el análisis fenomenológico-histórico nos lleva a la conclusión de que en estos casos el binomio psicoterapia-psicofarmacología ha de empezar a través de la conciencia

reflexiva. Si el paciente no consigue llegar a este principio, el camino ya va errado desde ese momento. Quizá perdamos, en muchos casos, el tiempo en tratamientos que no se centran en esta ontoterapia como base estructural para dirigir el resto del tratamiento.<sup>2</sup>

Para concluir, como señala W. Dilthey “la comprensión del sí mismo es previa y necesaria para la comprensión de la conexión histórica, y para toda la comprensión del otro en general”. Por lo tanto si bien el tratamiento en la toxicomanía ha de ser multifocal, no obstante es necesario ahondar en un primer paso ontoterápico que sirva como referencia a las bases del proyecto vital que el paciente debe estar dispuesto a asumir como camino creativo para liberarse definitivamente del consumo del tóxico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Binswanger L. (1956). *Tres formas de la existencia*. Amorrortu editores, Buenos Aires.

Martín Santos L. (1955). *Dilthey, Jaspers y la comprensión del enfermo mental*. Editorial Paz Montalvo, Madrid.

Ortega y Gasset J. (1970). *Ideas y Creencias*. Revista de Occidente, Madrid.

<sup>2</sup> Rojo Sierra habla de ontoterapia, en el sentido que toma al ser íntegro. Capítulo 10 del libro, *La Enfermedad Depresiva* (Juan Rojo Moreno): Diálogo entre el Prof. M Rojo Sierra y el Prof. Omar Lazarte. También en <http://clinicaprofesor-rojo.es/images/librodepre-sioncap4.pdf>