

EL TRABAJO TANATOLÓGICO EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

(Reflexiones en torno al programa de los Doce Pasos y su incidencia en la elaboración del proceso de duelo)¹

Mario Alberto Domínguez Alquicira²

RESUMEN

En esta ponencia el autor hace una reflexión en torno al programa de los Doce Pasos y su incidencia en la elaboración del proceso de duelo. Realiza además una descripción comparativa entre las distintas fases del proceso de duelo descritas por la doctora Elisabeth Kübler-Ross y los Doce Pasos planteados por el modelo de Alcohólicos Anónimos. Revisa sus características principales, sus puntos de articulación, sus vicisitudes, sus metas y sus aplicaciones en función del trabajo terapéutico con pacientes adictos.

Analiza con particular énfasis los avatares a los que el Especialista en Adicciones suele enfrentarse a lo largo del tratamiento de este tipo de pacientes, incluyendo el síndrome de desgaste terapéutico o de agotamiento profesional (*burn-out*). Una de las tesis que sostiene el autor es la de que el trabajo terapéutico en el campo de las adicciones es también un trabajo *tanatológico*, en tanto que la labor que el terapeuta realiza en adicciones implica un contacto constante con la enfermedad y con la muerte misma.

El adicto: ¿un suicida?

Los adictos necesitan sentir de cerca la muerte, pero no la buscan. Necesitan acercarse a ella para saber que están vivos y, tal vez, para tener ganas de vivir. En contrapartida, temen mucho al sufrimiento, lo que explica su miedo a padecer

¹ Texto leído en el IX Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones organizado por *Liberaddictus* en Morelia, Michoacán (junio de 2008).

² Licenciado en Psicología por la Universidad del Valle de México, Diplomado en Criminalística por la UVM, Diplomado en Tanatología por el Instituto Mexicano de Tanatología, Especialista en Adicciones por el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix, Psicoanalista formado en el Círculo Psicoanalítico Mexicano, Diplomado “Sujeto del lenguaje, cultura y lazo social” por la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco y Especialista en Clínica Psicoanalítica Freud/Lacan por el Colegio de Altos Estudios de la Red Analítica Lacaniana. Actualmente cursa la Maestría en Filosofía Social en la Universidad La Salle. Miembro del Comité Editorial de la revista *Carta psicoanalítica* (www.cartapsi.org). De 1999 a 2000 se desempeñó como Psicólogo Clínico en la Dirección de Atención a las Adicciones, adscrita a la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito de la PGJDF. De 2000 a 2005 ocupó diversos cargos en la Fundación Monte Fénix, y actualmente se desempeña como Responsable de Proyectos de Desarrollo Estudiantil en la Universidad La Salle. Coautor de los libros: *Tres grandes sueños de pasión, locura y seducción. Una visión psicoanalítica* (CPM, 1ª ed., 2001; 2ª ed. 2002), *La interpretación de los sueños. Un siglo después* (APM-Plaza y Valdés, 2002), *Psicoanálisis y cine. Antología del cine comentado y debatido. Tomos I, II y III* (CPM, 2002; 2008). Autor del libro: *El adicto tiene la palabra. El fundamento metapsicológico de las adicciones* (Noveduc, Buenos Aires, de próxima aparición). Asimismo, se dedica a la práctica privada. <http://marioalquicira.blogspot.com/>

el dolor y el malestar que conlleva el síndrome de abstinencia. Paradójicamente, un gran número de adictos “reviven” cuando se les diagnostica una enfermedad terminal. Desde el momento en que la muerte se anuncia, la vida se convierte en un verdadero premio. Es la muerte la que otorga a la vida su valor.

Al tratar de liberarse de las drogas, el adicto enfrenta cambios importantes en su vida. Esta situación implica pérdidas en varios sentidos, frente a las cuales la persona experimenta reacciones emocionales de ajuste. El concepto de pérdida está íntimamente relacionado con el de duelo. Este último no debe ser referido únicamente a la reacción que presenta una persona cuando ha sufrido la pérdida por muerte de un ser querido, sino la reacción frente a la pérdida de una abstracción equivalente como puede ser: la patria, la libertad, la salud, un órgano, un ideal, etcétera (Freud, 1917). Pueden desencadenar reacciones de duelo todos aquellos acontecimientos que impliquen cambios importantes en la vida, porque son vividos como pérdidas de ciertos aspectos de la identidad.

Abunda el prejuicio de la meta autodestructiva, que lleva a afirmar que el adicto es un suicida y la adicción un tipo de muerte subintencionada. Coincidimos con Edwards (1980) acerca de que la opinión dogmática de que el consumo excesivo de alcohol equivale siempre al suicidio es tan inútil para trabajar con el alcoholismo como cualquier otra fórmula fija o interpretación unitaria sobre la psicodinamia asociada con esta condición. De acuerdo con Maldavsky (1992), los adictos se caracterizarían por desafiar el imperativo que alude a la necesidad del morir personal. El yo del adicto se opone entonces al imperativo que dictamina la ley de la muerte individual; no obstante, en el momento en que dicha defensa fracasa, la realidad de la muerte es convocada hasta el punto de volverse particularmente eficaz. Todo ello trae como consecuencia un deseo masoquista de autodestrucción irrefrenable, con lo cual las adicciones se emparentarían con las depresiones y las melancolías.

Según Rado (1933), sería una afirmación demasiado unilateral la de que el paciente adicto se mata a causa de una necesidad masoquista de castigo. Habría que contemplar, en todo caso, el aspecto narcisista de la experiencia, que nos revela que el paciente no ingiere la dosis letal para cometer suicidio, sino para disipar para siempre la depresión mediante una exaltación que durará *eternamente*. No se mata; cree en su *inmortalidad*. A decir de Olievenstein y Braconnier (1995), la palabra muerte no existe en el lenguaje de los adictos. La muerte reconocida es la de partir a otro planeta, de desfondarse. Si hay riesgo, hay a la vez búsqueda de riesgo, juego con la muerte porque los adictos tienen —como los niños— el sentimiento bastante único en la especie humana de que siempre pueden volver a empezar. La adicción diverge del suicidio en que para uno es un acto último, mientras que para el otro es primero el poder de volver a empezar, después está la repetición.

Dice Bill W. (1945), cofundador de A.A.: “Con excepción de los casos poco frecuentes de suicidio, nadie toma drogas con la expectativa de que vayan a

causarle la muerte. Para muchos alcohólicos que todavía beben, estas drogas representan un bendito alivio de las angustias de una resaca”. El gran visionario William S. Burroughs (1953) lo pone en estos términos: “Ésta es la pregunta que se plantea con más frecuencia: ¿qué hace que alguien se convierta en drogadicto? La respuesta es que, normalmente, nadie se propone convertirse en drogadicto. Nadie se despierta una mañana y decide serlo. [...] La mayor parte de los adictos [...] no empezaron a consumir drogas por ninguna razón en concreto. [...] Nadie decide convertirse en yonqui. Una mañana se levanta sintiéndose muy mal y se da cuenta de que lo es”.

El trabajo terapéutico en adicciones: un trabajo tanatológico

Admitir que el uso de alcohol u otras drogas ha causado problemas en cualquier esfera de la vida, implica el reconocimiento de que se ha perdido el control de la propia existencia. Aceptar que no se tiene el poder para moderar el consumo conlleva también el vencimiento de ciertas resistencias, mismas que hasta entonces cumplían la función de alejar toda posibilidad de adquirir conciencia de enfermedad. El adicto que asume su condición de enfermo y emprende el camino hacia su recuperación (practicando activamente y apegándose al programa de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos) atraviesa por las cinco fases descritas por la doctora Elisabeth Kübler-Ross (1972) para dar cuenta de los mecanismos de reacción que entran en funcionamiento durante una enfermedad mortal. Como puede verse, este proceso no es exclusivo del paciente en fase terminal; cualquier persona a la que se le diagnostique una enfermedad cuyo tratamiento durará toda su vida, es susceptible de sufrir un duelo por sí misma. (Recordemos que la adicción es considerada una enfermedad incurable, primaria, crónica, progresiva y mortal.)

El método de los Doce Pasos posibilita la elaboración del duelo que el proceso de recuperación entraña. En ese transcurso, el adicto se enfrenta a un duelo que incluye el miedo a abandonar la sustancia y muchas otras pérdidas, como el grupo de pares, el estilo de vida, la identidad, etcétera. Además, dicho proceso no está exento de avatares y vicisitudes, puede vivirse de un modo anticipado o retardado. Conviene aclarar además que, como el duelo es un proceso dinámico y fluctuante —por ser cada persona diferente—, las fases de que se compone no tienen una secuencia fija, ni se tiene que transitar por todas necesariamente.

Una de las tesis que se intentan sostener aquí es la de que el trabajo terapéutico en el campo de las adicciones es también un trabajo *tanatológico*. Esto equivale a decir que el trabajo que el terapeuta realiza en adicciones es un trabajo con la enfermedad y con la muerte misma. En ese sentido, puede decirse incluso que se trata de un trabajo insalubre. De ahí la importancia que tiene para el terapeuta el hecho de contar con espacios que brinden la oportunidad de intercambiar experiencias, supervisar casos, recibir contención emocional, etcétera. Lo que se recomienda es que las personas que desempeñan este tipo

de trabajo se sometan a un proceso psicoterapéutico personal, organicen grupos de contención (también llamados grupos operativos o de crecimiento) o, en su caso, acudan a algún grupo de ayuda mutua.

El burn-out

Los profesionales del campo de la salud (médicos, psiquiatras, oncólogos, psicólogos, tanatólogos, *adictólogos*, enfermeros, etcétera) están siempre expuestos a contraer el síndrome de desgaste terapéutico o de agotamiento profesional (*burn-out*), el cual incluye los siguientes factores: agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la ejecución personal. Posiblemente, la definición más aceptada del *burn-out* sea la propuesta por Maslach y Jackson (1986), según la cual “es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. Para estos autores, dicho síndrome es exclusivo de los profesionales denominados “de la ayuda”, que son quienes más frecuentemente se enfrentan con situaciones impactantes y, en ocasiones, traumáticas. Pines y Aronson (1988) hacen una definición no tan restringida, ya que no circunscriben en exclusiva este fenómeno a los profesionales de la ayuda. Lo describen como “el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”.

En el *burn-out*, los sujetos afectados se caracterizan por una pérdida de interés por su trabajo, pudiendo llegar incluso a ver a sus pacientes o usuarios como verdaderos enemigos. Nos encontramos, por tanto, en este caso ante un problema que está relacionado con la falta de apoyo e incluso de recursos técnicos para realizar el trabajo. El resultado puede ser la desvinculación con la actividad que se desempeña, lo que significa la puesta en marcha de maniobras defensivas, que pueden llegar a ser reforzadas y aun generadas por exigencias de las mismas organizaciones (ejemplos cinematográficos de este fenómeno pueden encontrarse en *Vidas al límite (Bringing Out the Dead, 1999)* de Martin Scorsese y *La muerte del señor Lazarescu* (película rumana de Cristi Puiu). Dentro de estos mecanismos de defensa pueden distinguirse los siguientes:

- a) *El distanciamiento*: el profesional puede llegar a no ver en los usuarios a personas sino a una simple materia prima que le sirve para llevar a cabo su trabajo. Cuando esta defensa falla, las maniobras defensivas pueden intensificarse llevando al profesional al uso inadecuado de recursos médicos (iatrogenia), como puede ser la utilización masiva de fármacos con la finalidad de sujetar al paciente con una camisa de fuerza química.
- b) *La actuación*: Ante la imposibilidad del profesional para diferenciar entre el conflicto personal y el de las personas con quienes trabaja, suele ocurrir una tendencia automática de descarga de emociones que en ocasiones se efectúa de manera patológica y autodestructiva; en otras palabras,

cuando no es posible tolerar el impacto del dolor, el sufrimiento, la carencia, el abandono o la sensación de desamparo y efectuar una reflexión que conduzca a la introspección y permita el conocimiento nuevo y la ayuda comprensiva, se utilizan recursos que mediatizan y evitan el dolor. En ocasiones, el consumo de alcohol, tabaco o sedantes posibilita las descargas en formas socialmente aceptadas, aunque pueden llegar a desencadenar perturbaciones transitorias o crónicas. Por ello, es importante no minimizar el hecho de que la carga emocional del trabajo en el campo de la salud, puede ocasionar también actuaciones autodestructivas en mayor o menor grado. Los accidentes de diversos tipos, el alto índice de ausentismo, los retardos injustificados, las incapacidades frecuentes o el amplio capítulo de las enfermedades psicosomáticas deben ser objeto de una prudente reflexión, ya que pueden ser el resultado del contacto emocional cuya intensidad resulta intolerable y se desea negar.

En el campo de la salud en general, y de la salud mental en particular, y específicamente en el tratamiento de pacientes crónicos, como los adictos, esto puede intensificarse. Una parte es atribuible al poder de “parasitación” y absorción de estos pacientes, quienes utilizan la proyección u otros mecanismos psicológicos de exigencia afectiva con mayor frecuencia que cualquier otro tipo de personas.

Las pérdidas y el proceso de duelo

La vida es una sucesión de pérdidas. Desde que nacemos nos enfrentamos a una serie infinita de pérdidas y desprendimientos: el abandono del vientre materno, la sección del cordón umbilical, el destete, la crisis de la adolescencia (que involucra en sí misma muchas otras pérdidas, tales como: el reconocimiento de que los padres no son omnipotentes, el abandono del cuerpo infantil), la muerte de seres significativos, separaciones, cambios, etcétera.

Para el Especialista en Adicciones es de fundamental importancia tomar en cuenta los principios planteados por A.A., puesto que, de lo contrario, la recuperación del paciente se tornaría todavía más difícil. Durante el tratamiento, deben reconocerse y procesarse los duelos causados por pérdidas y abandonos. Hablar sobre estos aspectos hace posible que se incremente la motivación y disposición por parte del paciente, sobre todo si consideramos que la droga cumple la función de ansiolítico para mantener anestesiados los sentimientos dolorosos; la droga sirve también para llenar (temporalmente) los vacíos provocados por las pérdidas y duelos no elaborados. Fue, por cierto, el psicoanalista norteamericano Sandor Rado el primero en señalar explícitamente que las drogas se emplean como coraza contra el dolor. A decir de él, dichas sustancias ofrecen ayuda y gratificación

a quienes las consumen, de lo cual se desprende su efecto analgésico (sedante, hipnótico, narcótico) o estimulante (productor de euforia). Es en ese sentido que puede decirse que toda droga es anestésica (incluso los estimulantes), pues libera del malestar en sí mismo y crea la supresión del dolor, una supresión o cancelación tóxica del dolor. No por nada Freud (1930) asigna a estas sustancias el nombre de “quitapenas”. El adicto que inicia un proceso de recuperación se enfrenta ante la dificultad de elaborar numerosos duelos, por lo que la tarea del terapeuta en esa etapa debe ser la de facilitar al paciente la tramitación y resolución de dichos conflictos.

Debe tenerse en cuenta que la primera etapa del proceso de duelo es la *negación*, que a la vez constituye la defensa primaria ante cualquier enfermedad. Aquí, el terapeuta debe mantener el delicado equilibrio entre ayudar al paciente a manejar la negación como parte de cualquier experiencia de duelo y, al mismo tiempo, confrontar la negación con la que evade las consecuencias derivadas de su consumo. Recordemos que el adicto niega que exista un problema y, a medida que éste aumenta, se hace cada vez más difícil aceptar que la sustancia es capaz de generar graves consecuencias. Negar que se ha perdido el control significa, literalmente, haber perdido todo marco de realidad. La negación tiene múltiples variantes: minimización (empequeñecer el problema), evasión (desviar la atención a otro tema), proyección (culpar a otros), racionalización (justificar el consumo), autoengaño (eludir ciertas verdades desagradables difíciles de afrontar), distorsión de la realidad (alterar o modificar los acontecimientos no deseados), etcétera.

Una vez alcanzado el **Primer Paso**, que requiere la admisión de la impotencia ante la sustancia y la de la ingobernabilidad de la propia vida, se está en condiciones de superar la negación. Asumir la derrota implica deponer las armas ante el adversario y aceptar que éste es demasiado fuerte para ser vencido. Ante este hecho inevitable, es mejor rendirse. Este reconocimiento no se da tan fácilmente, pronto se desata la ira que surge como respuesta natural ante la aceptación de la impotencia. La *ira* es, por cierto, la segunda fase del proceso de duelo. Esta fase es de enojo, coraje, cólera. Una vez que el adicto comienza a cobrar conciencia de que padece una enfermedad cuyo tratamiento durará toda su vida, tiene que lidiar con fuertes sentimientos de culpa, miedos, frustraciones y resentimientos, llegando incluso a aborrecerse a sí mismo. La ira, la rabia y la vergüenza se vuelven reacciones incontrolables. En esta etapa, el adicto se cuestiona: “¿por qué a mí?”, “¿qué hice yo para merecer esto?”.

Posteriormente sobreviene la *negociación* (o *regateo*). Cuando el adicto se enfrenta ante la posibilidad de someterse a un proceso de recuperación y de modificar su situación actual muestra una actitud ambivalente, misma que constituye uno de los aspectos más difíciles de la adicción. Este es otro aspecto al que debe adelantarse el terapeuta. La capacidad de éste para

negociar sobre los puntos esenciales del tratamiento —que incluyen el miedo a abandonar la sustancia, el duelo por la pérdida de la identidad, encontrar una nueva manera de vivir y establecer metas realistas para el futuro— es de capital importancia. Durante esta fase, el adicto suele darse ciertos permisos: “Si dejo de consumir durante tanto tiempo, puedo permitírmelo al cabo de tal o cual plazo”. Se dan también los regateos, los juramentos y las promesas: “sólo una oportunidad más”, “voy a demostrarles que puedo lograrlo solo y sin ayuda de nadie”, “si logro controlar mi consumo ahora, después podré volver a consumir sin problemas”. Existe también el riesgo de que el adicto se “despida” de la sustancia, lo cual debe manejarse con sumo cuidado, ya que siempre está presente la amenaza de una sobredosis.

Como puede observarse, el compromiso por parte del paciente con un programa de Doce Pasos es esencial. De igual manera, todos los terapeutas en adicciones deben haber presenciado juntas y estar familiarizados con la filosofía de A.A. El convencimiento de que sólo un Poder Superior, tal como cada quien lo concibe, es capaz de restituir el sano juicio (**Segundo Paso**), resulta indispensable. Cuando el adicto cobra conciencia de que mucho de lo perdido es irrecuperable, atraviesa por un estado depresivo. Se siente arrepentido y derrotado, se sumerge en la enfermedad. Se vuelve susceptible, lamenta lo que se hubiera podido hacer y no se hizo (“pasado lamentativo”). La *depresión* se debe a que el adicto ha tenido que “desprenderse” de la sustancia y renunciar a todo un estilo de vida que giraba alrededor de ella. Mantener la fe en un Poder Superior le permite salir de ese embotamiento. Al poner su voluntad y su vida al cuidado de ese Poder Superior (**Tercer Paso**), el adicto se percata de que la “locura inducida por su adicción” puede ser removida. La búsqueda y el encuentro con ese Poder Superior le permiten darse cuenta de que existe un camino hacia fuera. Aceptar ayuda de una fuente externa posibilita vencer el miedo a enfrentar la vida sin sustancia. Es así como el adicto logra salir de la depresión y pasar a la siguiente fase: la *aceptación*.

Ésta no ocurre de manera casual o espontánea. Aceptación no es sinónimo de resignación ni de estar de acuerdo; implica asumir la realidad y comenzar a generar nuevos patrones de conducta. Es el cambio inicial para alcanzar un estado de sobriedad permanente. En ese largo camino hacia la recuperación que implica superar la negación e ir en busca del autoconocimiento, es necesario realizar un inventario de las fortalezas y debilidades (**Cuarto Paso**). Asimismo, se debe estar dispuesto a confiar y discutir los resultados obtenidos del inventario con otra persona.

Admitir las propias faltas ante uno mismo y ante los demás (**Quinto paso**); reconocer la necesidad de cambiar y mostrar disposición para hacerlo, solicitando al Poder Superior, tal como cada quien lo conciba, apartar las actitudes que bloquean la práctica de la verdadera humildad; permitir que ese Poder Superior remueva los defectos de carácter (**Sexto Paso**); mirar de

frente a estos defectos y estar dispuesto a ser despojado de ellos (**Séptimo Paso**); identificar a quienes se les ha hecho daño (**Octavo Paso**); reparar en la medida de lo posible el daño causado (**Noveno Paso**); liquidar y dejar atrás al pasado evitando resbalar hacia atrás (**Décimo Paso**); mejorar el contacto con el Poder Superior, conociendo y cumpliendo su voluntad (**Onceavo Paso**); mantenerse en el camino y transmitir el mensaje de esperanza y de recuperación a otros adictos que padecen el mismo dolor (**Doceavo Paso**). Todo eso forma parte del programa de acción encaminado a obtener un despertar espiritual y la plena recuperación.

Aunado a ello están también las Doce Tradiciones que dan soporte y fundamento a la Filosofía de A.A., y de cuya aplicación depende en gran parte el cambio personal. El modelo de Alcohólicos Anónimos concibe una dimensión espiritual de la vida humana inherente al proceso de recuperación, producto de lo cual se ha alcanzado la rehabilitación de millones de adictos.

BIBLIOGRAFÍA

- BURROUGHS, William (1953), *Yonqui*, 3ª. edición, Barcelona: Anagrama, 2001.
- EDWARDS, Griffith (1980), *Tratamiento de alcohólicos: guía para el ayudante profesional*, 1ª. reimpresión, México: Trillas, 1992.
- FREUD, Sigmund (1917), “Duelo y melancolía”, en *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- (1930), “El malestar en la cultura”, en *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu, v. 21, 1994.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1972), *Sobre la muerte y los moribundos*, España: Grijalbo Mondadori, 2001.
- MALDAVSKY, David, (1992), *Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicosomáticas, epilepsias*, Buenos Aires: Amorrortu.
- OLIEVENSTEIN, Claude y Alain Braconnier, “Las Toxicomanías”, en Serge Lebovici, René Diatkine y Michel Soulé, *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Tomo VII. El Niño y la Sociedad*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1995, p. 169.

RADO, Sandor (1933), "El psicoanálisis de la farmacotimia (afición a las drogas)", en *Psicoanálisis de la conducta*, Buenos Aires: Paidós, 1973, pp. 73-89.

WILSON, William (1945), "Los barbitúricos", en *El lenguaje del corazón. Los escritos de Bill W. para el Grapevine*, México: Central Mexicana de Servicios Generales de A.A.,1998.