

TRASTORNOS FÓBICOS EN PACIENTES ADICTOS

MARÍA FERNANDA RESTREPO ATUESTA *

RESUMEN

En este artículo se hace énfasis dentro de los diversos trastornos a nivel cognitivo que sin duda constituyen una dimensión central en los fenómenos de adicción, en las ideas fóbicas como características clínicas comunes a las "personalidades adictivas".

La metodología utilizada fueron entrevistas y evaluaciones con instrumentos que miden las tendencias fóbicas, la muestra estuvo conformada por 50 hombres, internos en una institución de rehabilitación, los cuales se encontraban en diferentes momentos de su tratamiento.

Gracias al análisis de los resultados obtenidos pudimos establecer lo que hemos llamado los «trastornos fóbicos ligados al consumo en los pacientes adictos» que es una reflexión alrededor del vínculo adicto-trastornos cognitivos.

Palabras clave: Agorafobia, ansiedad, evitación, fobia social, sustancias, ritual, toxicomanía, trastornos cognitivos.

ABSTRACT

Drug users shows deficits in their cognitive functions. In some cases, the dependency on drugs is used to alleviate different problems at this level. The drug can be conceived as an element capable of offering a solution to the combined symptoms of depression, anxiety, anguish and phobic behavior.

*Candidata a Ph.D. Facultad de Psicología Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.

The present study is centered on a fear questionnaire, this instrument was used in clinical subjects (drugs users) and non clinical subjects (non drugs users). In general, the phobias are more common in drugs users than in the subjects of controlled groups. These results represent a presence of 80% percent more phobias in drug users.

Concerning specific phobias, the agoraphobia is more frequent in clinical subjects although the results aren't so different. The phobia of blood and injuries is present in more than 100 percent of the drug users with relation to the subjects of control groups.

The most important conclusion is that the present study demonstrates that the cognitive model suggest that avoidance behavior is an underlying structure found in phobic patients which is also valued avoidance behavior by drug users.

Key words: Agoraphobia, depression, anguish, anxiety, psychoactive substances, ritual and cognition problems.

1. LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LOS TRASTORNOS COGNITIVOS

Los comportamientos adictivos tienen una presencia cada vez más importante en nuestra sociedad, lo cual preocupa tanto las instancias educativas, como las judiciales, políticas y sanitarias. Por lo tanto, el interés inicial de esta investigación fue indagar desde una perspectiva psicológica la relación del sujeto con los productos que él busca para evadirse de su condición natural cotidiana, así como dar

cuenta de los trastornos cognitivos que pueden estar ligados a la personalidad del consumidor y al consumo mismo.

Así, el objetivo principal de este estudio es describir cómo las ideas fóbicas pueden afectar a los pacientes adictos y cómo la droga puede ser un elemento que ellos buscan para aliviarse y afrontar las situaciones que de otra manera tendrían tendencia a evitar.

Las hipótesis que se trabajaron fueron: los sentimientos de angustia y de estrés tienen una importancia relevante en los pacientes adictos y están en relación con las ideas fóbicas; los comportamientos de evitación típicos de los sujetos fóbicos están presentes también en los sujetos adictos; y por último, el contenido de las ideas fóbicas está relacionado con el consumo de las sustancias psicoactivas.

La investigación se realizó en los alrededores de Lima (perú) país que como Colombia produce, comercializa y distribuye una gran cantidad de estupefacientes; el gobierno lucha fuertemente contra los productores, pero está desarmado para la prevención del consumo y la contribución a la rehabilitación.

La institución donde se llevó a cabo el trabajo es un centro de rehabilitación en farmacodependencia "El Divino Salvador", que tiene como objetivo principal excluir todos los escenarios tóxicos y alejar al máximo a los consumidores de sus prácticas adictivas. Durante cuatro meses tuvimos contacto con 50 hombres, internos en esta institución que se encontraban en diferentes momentos de su tratamiento.

1.1 Las Fobias

El término fobia deriva de la palabra griega *phobos* que quiere decir miedo, pánico. Las fobias son un tipo especial de miedo excesivo frente a ciertas situaciones que objetivamente no serían fuente de peligro. Las ideas fóbicas conducen a comportamientos de evitación de situaciones de la vida cotidiana, ellas pueden incluir factores psicológicos, psicopatológicos, familiares y económicos y representan una carga de estrés, ansiedad y depresión importante para el sujeto fóbico.

Una fobia particular y relevante es la agorafobia que fue descrita por la primera vez por Westphal en su monografía "Die agoraphobie" en 1871. Algunos años más tarde Freud diferenció las fobias comunes de las específicas, más tarde describió la neurosis fóbica como la histeria de angustia, modalidad de psiconeurosis diferencial de la histeria de conversión y de la neurosis obsesiva.

Desde entonces numerosas descripciones sobre las fobias han sido efectuadas desde diferentes perspectivas. Uno de los más importantes aportes sobre las fobias fue el realizado por Marks (1969) quien sistematizó un estudio y una clasificación que precisa el origen de ciertas agorafobias a partir de crisis de angustia; así mismo señaló cuatro características que permiten definir un miedo concreto como una fobia:

- Es desproporcionada con relación a la situación que la genera.
- No puede ser explicada o racionalizada.
- Está fuera del control voluntario.
- Conduce a la evitación de la situación.

Las fobias que medimos en este estudio fueron: la agorafobia, que consiste en el miedo a encontrarse en espacios abiertos o multitudinarios (incluyendo comercios con muchos clientes, centros públicos en los que circulan gran cantidad de personas), o situaciones donde escapar puede resultar difícil.

La fobia social, es el temor acusado o persistente a situaciones sociales que generan posible evaluación por parte de los demás como actuaciones en público, en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen a su ámbito familiar.

En la fobia de sangre el miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar; estas personas por lo general evitan las inyecciones y los cuidados de un odontólogo.

Además, de estas, existen muchos tipos de fobias: el miedo a volar; la altura, vértigo, precipicios, animales o insectos, ascensores, espacios cerrados (claustrofobia), oscuridad, administración de inyecciones, visión de sangre o heridas, ingerir determinadas comidas o medicamentos, ir al dentista, etc.

Las bases psicológicas y fisiológicas de las fobias y la respuesta al tratamiento se orienta según las diferentes etiologías:

La personalidad fóbica. Algunas de las características comúnmente atribuidas son: timidez, extroversión, inmadurez, sumisión, idealismo, sobrevalorización del peligro exterior, e inmadurez emocional; estas características su-

gieren un tipo de personalidad específica. Otras clasificaciones describen características típicas de la personalidad oral como la dependencia, la ausencia de estima de sí mismo, la sugestionabilidad, la inseguridad, la pasividad, el miedo a la sexualidad y otras como la excesiva rigidez o severidad del super yo.

En términos generales se describe el carácter fóbico en función de dos aspectos: un constante estado de alerta y una actitud de vigilancia permanente para detectar las amenazas que proceden del exterior o del mundo interior que el sujeto percibe difuso.

El modelo de ansiedad fóbica describe tres factores que participan en todos los cuadros de ansiedad fóbica (Mathews et coll, 1992): el ambiente y las primeras experiencias que intervienen en la formación de la personalidad; el estrés específico y no específico; y el componente genético.

Teoría del aprendizaje de fobias. Según esta teoría hay un episodio u objeto que ha estado presente o asociado al *stimulus* de miedo primario y que es capaz de inducir el miedo por asociación.

1.2 Las adicciones

La adicción puede ser definida como una conducta de intoxicación voluntaria (Yayhoui, 1996). El término de intoxicación debe ser tomado en el sentido más general de absorción de una sustancia que no es un alimento.

Desde el punto de vista del desarrollo temporal, esta conducta de intoxicación volun-

taria puede ser algunas veces única, episódica o repetitiva; y desde el punto de vista de las implicaciones sociales, ella puede ser solitaria o colectiva.

Las primeras experiencias se observan en la adolescencia, en la cual ciertos adictos manifiestan una crisis interna en el plan comportamental. Brutal o progresiva, según los productos, la dependencia se instala cuando no se puede impedir el consumo a causa del sufrimiento psíquico o físico que puede ocasionarse. En ese momento, la vida cotidiana gira en torno a la búsqueda de la sustancia y el consumo.

Las diferentes teorías se centran en un sistema etiológico multidimensional en el cual la pluralidad de factores implicados estarían en relación con los diferentes tipos de productos y las diversas formas de adicción.

Según el modelo psicoanalítico, la toma del producto es solo un síntoma que enmascara un trastorno subyacente que se caracteriza por la fijación oral, la angustia de castración, las manifestaciones hostiles contra la sociedad hacia la cual se proyecta el odio al padre, y en algunos casos, una homosexualidad latente que se hace manifiesta cuando se está bajo el efecto de las sustancias.

La teoría del aprendizaje se apoya en el hecho de que el alcohol y otras sustancias tienen un efecto ansiolítico importante que por un mecanismo de condicionamiento operante puede intervenir en la adquisición de un hábito, de tal manera que los individuos afectados por problemas personales descubren en las sustancias un efecto ansiolítico inmediato que refuerza la conducta de intoxicación.

Teniendo en cuenta que los pacientes tóxico-dependientes tienen muy seguidamente déficit en el funcionamiento cognitivo y en algunos de ellos la relación al producto adictivo viene a aliviar diferentes trastornos a este nivel; la droga es a veces concebida como un elemento susceptible de aportar una "solución" al conjunto de síntomas de depresión, de ansiedad, de angustia y de comportamientos fóbicos.

Sin embargo, las investigaciones sobre las adicciones se han centrado en la clínica del adicto o sobre el aspecto farmacológico y han desconocido el aspecto cognitivo, los modelos y los trastornos que están presentes en el sujeto adicto, desconociendo que estos aspectos permiten esclarecer ciertos factores importantes en el desarrollo y la permanencia del consumo abusivo de sustancias tóxicas.

2. METODOLOGÍA

2.1 Terreno y Población

La institución El Divino Salvador fue creada en el año de 1997 por un grupo de ex-toxicómanos que realizaron un tratamiento llamado SANAR. De tal manera que los dirigentes

de la organización son antiguos toxicómanos que no tienen otra experiencia profesional que su propio tratamiento.

La muestra estuvo conformada por cuarenta sujetos de los cincuenta internos en el Centro, con edades que oscilan entre los 17 y 55 años de edad, todos de sexo masculino, de clase social media y con profesiones variadas. En esta institución, los consumidores están distribuidos en tres grupos, que a su vez se dividen en subgrupos, en función del momento de tratamiento. Nos parece importante mencionar la conformación de estos grupos porque a partir de ella se realizó el análisis de los resultados.

2.2 Instrumento

El instrumento que utilizamos para medir las fobias fue el *Fear Questionnaire* (Marks & Mathews, 1979), el cual tiene por objetivo evaluar brevemente los problemas fóbicos más frecuentemente encontrados en la práctica clínica y es muy utilizado para evaluar la eficacia del tratamiento en sujetos agorafóbicos y fóbicos sociales.

Este test ha sido utilizado entre otros en

Grupo	Subgrupos	Tiempo en el tratamiento	Número de sujetos de la muestra
Acogida	Formación 1 Formación 2	1-6 meses	1-13
Comunidad	Comunidad breve Comunidad A Comunidad B	6-18 meses	14-27
Reinserción	Operadores Cordinadores Mediadores Directores	a partir de los 18 meses	28-40

el estudio de los trastornos cognitivos en los pacientes diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo (Yao, 2000) y en los protocolos de evaluación psiquiátrica de obsesiones y compulsiones (Bouvard & Cottraux, 1998).

El cuestionario evalúa características de diferentes tipos de fobias como la agorafobia y la fobia social al mismo tiempo que mide niveles de ansiedad y depresión asociados a las fobias.

El cuestionario se presenta en tres partes:

- Una lista de fobias de 15 ítems subdivididos en cinco ítems de agorafobia, 5 ítems de fobias de sangre y de heridas y cinco ítems de fobia social que miden los comportamientos de evitamiento.
- Un cuestionario de ansiedad y depresión que mide emociones.
- Un ítem que mide la molestia consecutiva del comportamiento fóbico.

El cuestionario fue aplicado a un total de 80 sujetos: 40 sujetos pertenecientes a la muestra y cuarenta sujetos que hicieron parte del grupo control.

Cotación y estudios de validación

Cada ítem fóbico se enumera de 0 a 8 en función de la evitación de la conducta (0: no la evita; 8: la evita siempre). Cada ítem de depresión-ansiedad es enumerado de 0 a 8 en función del sufrimiento (de 0: no le produce ningún sufrimiento; 8: sufre extremadamente).

En su versión original en inglés han sido realizados sobre todo en poblaciones clínicas (Marks et Mathews, 1979; Cohen et coll., 1984; Van Zuuren, 1988; Heimberg et coll., 1990; Cox et coll., 1991 et Cox, 1993). Existen pocos resultados de sujetos de grupo control (Arrindell et coll., 1984; Crawford, 1986; Cox et coll., 1991). La versión francesa fue estudiada (Cottraux et coll., 1987) en cuatro grupos de sujetos (46 agorafóbicos, 34 sujetos con fobia social, 45 sujetos obsesivos y 55 sujetos del grupo control).

La fidelidad test-retest de las tres escalas de fobias es suficientemente buena en cualquier tipo de población (Marks et Mathews, 1979; Arrindell et coll., 1984, Cottraux et coll., 1987).

Las cuatro dimensiones teóricas: agorafobia, fobia de sangre, fobia social y ansiedad-depresión, del *Fear Questionnaire* han sido demostradas.

Normas

Variables	Media (ecartipos)
Puntajes en agorafobias:	
Sujetos agorafóbicos	27,47 (9,35)
Sujetos con fobia social	10,50 (7,52)
Sujetos del grupo control	4,58 (6,42)
Puntaje de fobia de sangre:	
Sujetos del grupo control	8,09 (7,59)
Puntajes en fobia social:	
Sujetos con fobia social	23,32 (6,64)
Sujetos agorafóbicos	14,91 (9,07)
Sujetos del grupo control	7,27 (6,11)

3. RESULTADOS

Después de haber analizado la distribución de frecuencias para los puntajes totales de fobias y depresión, se evidenció una distribución normal. Se examinaron las medias obtenidas por los dos grupos (sujetos adictos y grupo control) y fueron comparados.

Los puntajes medios del conjunto *total de*

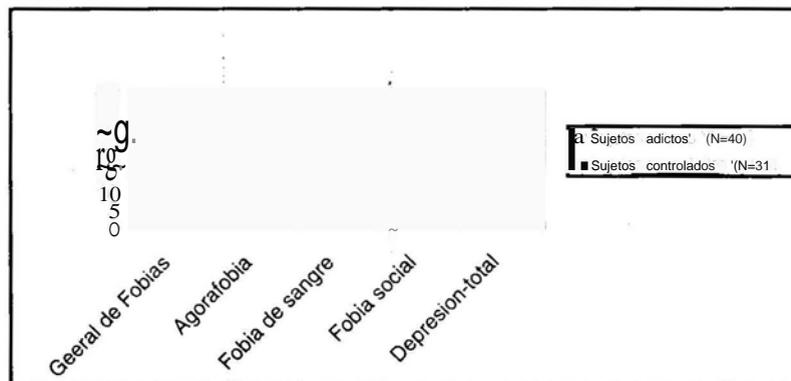
fobias para los sujetos del grupo control es de 19,83 y para los sujetos adictos es de 35,32; esto representa una diferencia muy importante, que demuestra que las fobias, en general, están mucho más presentes (80%) en los sujetos adictos que en los sujetos del grupo control (ver tabla 1). A partir de estos resultados se puede concluir que para los sujetos no clínicos, los comportamientos fóbicos no son muy significativos.

Tablal. Puntajes de fobias

Puntajes	Sujetos adictos*(N=40)	Sujetos controlados*(N=31)	Statistica(ANOVA)
General de fobias	35,32	19,83	F(1,68)=15,03; P<0,002
Agorafobia	8,7	5,7	F(1,68)=5,69; P<0,00272
Fobia de sangre	13,75	7,58	F(1,68)=10,23; P<0,0021
Fobia social	12,87	6,51	F(1,68)=13,39; P<0,0005
Depresión-total	11,75	10,5	F(1,68)=15,03; P<0,00

* porcentajes

Gráfico 1. Comparación de fobias en sujetos clínicos y sujetos del grupo control



Analizando específicamente cada una de las fobias, en lo que concierne a la agorafobia, los resultados muestran que está más presente en los sujetos adictos con una media de 8,7, mientras que la de los sujetos del grupo control es de 5,7; estos puntajes, en realidad, no son

muy distantes.

En el caso de la fobia de sangre, la diferencia es más significativa. En los sujetos clínicos la media es de 13,75 y para los sujetos del grupo control, ella es de 7,58, es decir que

la fobia de sangre está 70% más presente en los sujetos adictos que en los sujetos del grupo control.

Para la fobia social la diferencia es también importante, la media es de 12,87 para los sujetos clínicos y de 6,51 para los sujetos no clínicos; lo que significa que la fobia social está presente en más del 100% de más, en los sujetos adictos que en los sujetos del grupo control.

Comparando los grupos de sujetos clínicos, encontramos que los puntajes medios para

el conjunto de los sujetos del grupo de acogida es de 35 mientras que para el grupo de reinserción es de 31,83 lo que muestra una reducción de la presencia de fobias a medida que se avanza en el tratamiento (ver tabla 2).

Esto, a pesar de que en el grupo de adictos hay pacientes que presentan trastornos de personalidad o patologías psiquiátricas como psicosis delirante, trastornos depresivos, psicósomáticos y de personalidad que no son tratados farmacológicamente, lo cual influye, seguramente, en la evolución de dichas patologías.

Tabla 2. Comparación de los promedios de los sujetos adictos por grupos

Grupo	Sentimiento de depresión	Sentimiento de ira	Fobias
Acogida (1-13)	3.8	3.5	35
Comunidad (14-26)	2.18	2,18	37,47
Reinserción (27-40)	2.25	2.92	31,83

Con respecto a los trastornos de ansiedad y depresión, los sujetos adictos experimentan bastantes sentimientos de depresión y de ansie-

dad, con una media de 11,75 comparados con los sujetos controlados, con una media de 9,41 (ver tabla 3).

Tabla 3. Escala de depresión

Puntajes de ansiedad y depresión-total:	Sujetos adictos	Sujetos controlados
Media (ecartipo)	11,75(8,38)	9,41(6,04)
Mediana	10,5	8
Estadística-ANOVA	F(1,68)=15,03 ;P<0,00	02

Tabla 3.1 Escala de experimentación de emociones

Tipo de sujetos	Sentimiento de depresión	Rabia	Pánico	Ideas inquietantes	Sentimiento de extrañeza
Sujetos adictos	2,62	2,74	2	2,77	1,51
Sujetos del grupo control	2,61	2,58	1,97	1~5	0,9

Al interior del grupo de sujetos clínicos hay una variación con relación al tiempo de reclusión en la institución. La media para el grupo que se encuentra en fase de acogida, es de 3,8 lo que equivale a un sufrimiento importante del sentimiento de depresión; mientras que para los sujetos en fase de reinserción, la media es de 2,2 lo que equivale a un sufrimiento ligero, es decir una disminución significativa del sentimiento de depresión (ver tabla 2).

Con respecto al sentimiento de irritación y cólera, el grupo de acogida obtuvo una media de 3,5 y para el grupo de reinserción es de 2,92 lo que no constituye una gran diferencia entre los

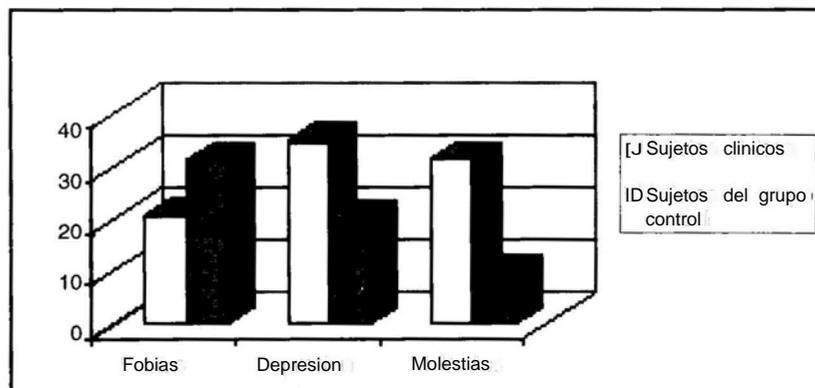
grupos con relación al sentimiento de irritación y de cólera.

También se indagó por las molestias ocasionadas en la vida cotidiana por la presencia de las diferentes fobias; es importante medir estas molestias para identificar las angustias de los sujetos frente a sus fobias. Los resultados han mostrado que en una escala de 0 a 8 los sujetos clínicos tienen una media de 2,8 y los sujetos no clínicos una media de 1,9 (ver tabla 4); estos dos resultados no se alejan demasiado, si se tiene en cuenta que los sujetos clínicos reportaron muchas más fobias.

Tabla 4. Comparación de los resultados de la escala general de fobias, la escala general de depresión y las molestias ocasionadas por las fobias en las dos poblaciones.

	Fobias	Depresión	Molestias ocasionadas por las fobias
Sujetos clínicos	35,1	11,64	2,8
Sujetos del grupo control	19,83	9,41	1,9

Gráfico 2. Comparación de los resultados de las escalas generales en los sujetos clínicos y el grupo control.



El gráfico 2, muestra los resultados generales, que evidencia que las diferencias más marcadas entre los dos grupos se encuentran a nivel de la depresión, que está mucho más presente en los sujetos adictos. Además, la depresión, es el aspecto donde ambos grupos puntúan más alto, seguido por las fobias y en un último lugar las molestias ocasionadas por las fobias.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- En general los pacientes no son capaces de abordar su adicción espontáneamente, es necesario primero abordar otras problemáticas (depresión, angustia, sentimientos de soledad, ansiedad). Cuando al fin se aborda el consumo, estos sujetos consideran las sustancias psicoactivas como un escape a una situación dolorosa (la angustia, la ansiedad y las obsesiones) que estaban presentes antes de la ingesta de la sustancia. La droga es, entonces, para ellos un intento de deshacerse de conflictos internos que no se sienten aptos a manejar, llena un vacío y es por eso que cuando la dependencia parece sanar; en realidad se transforma en otra forma de dependencia, que puede ser religiosa, afectiva, ideológica, entre otras.
- Es importante tener en cuenta los trastornos cognitivos que están presentes en los sujetos adictos como una primera aproximación para intentar descargar esta patología de las connotaciones moralistas o simples descripciones clínicas de las consecuencias del producto tóxico.

Los sujetos adictos utilizan los productos como un elemento que ayuda a sobrellevar y a evitar ciertas situaciones a las cuales de otra manera estaría obligado a hacer frente. Estas situaciones que deben evitarse creemos que están en relación con una idea fóbica.

- La ley de esta institución es tan rígida que no deja el espacio para ser transgredida, lo que genera frustración y violencia en el paciente, esta violencia se transforma en un sentimiento de depresión, tristeza e impotencia que se evidencia en los resultados encontrados.
- En el momento de las entrevistas y de la pasación del cuestionario, la principal interrogación en los sujetos adictos era saber si las preguntas debían ser interpretadas con relación a lo que ellos vivían actualmente en el Centro o antes de su llegada ya que para muchos de ellos, entre los dos momentos existía una gran diferencia. Estas interrogaciones estuvieron sobre todo presentes en los pacientes recientemente llegados que experimentan una ruptura a partir del inicio de su tratamiento.

Este sentimiento de ruptura o transformación se relaciona con los puntajes obtenidos en los diferentes grupos de pacientes. En la medida en la que el tratamiento se acerca a su fin, se pudieron constatar cambios significativos con relación a la presencia de ideas fóbicas, y muchas de las respuestas dadas por los sujetos clínicos tienden a parecerse a las de los sujetos

no clínicos.

Se pueden dar muchas explicaciones a este cambio: la crisis inicial del encierro, la rigurosidad del tratamiento a la que poco a poco se van habituando, la disciplina que posiblemente modela el comportamiento del paciente y el hecho de que ciertos trastornos cognitivos desaparecen cuando se produce la abstinencia.

- Nuestra conclusión más importante muestra que el modelo cognitivo que sugiere que los comportamientos de evitación (frente a las situaciones que producen temor) son estructuras subyacentes a los sujetos fóbicos, puede ser válido como explicación de la conducta evasiva y de consumo de sustancias psicoactivas en los sujetos adictos.

- Yao Sai Nan. (2000) "Troubles Cognitifs Dans Les Obsessions-Compulsions", Thèse du Dr. en psychologie, soutenu el l'Université de Lyon 2, France.
- Yao Sai Nan. (1995) "Etude comparative de l'interprétation sur les pensées intrusives chez les sujets obsessionnels-compulsifs et chez les sujets normaux, memoire du D.E.A de psychologie, soutenu el l'Université de Lyon 2, France.

BIBLIOGRAFÍA

- Bouvard M, Cottreaux. (1998) *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*; Masson, París, deuxième edition.
- Marks I. (1969) *Fears and phobias*; Heinemann, Londres.
- Mathews & Coll. (1992) *Agoraphobic nature and treatment*; Tavistock, London.
- Restrepo María Fernanda. (2000) "La mujer toxicómana y su relación al grupo de consumidores en la institución de rehabilitación", memoria para la maestría en psicología diferencial, sostenida a la Universidad de Lyon 11.France.
- Yayohui Dessalera. (1996) *Toxicomanie et pratiques sociales*; Appm, Grenoble.