

LA
REALIDAD
DE LA
ADICCIÓN

EL ANTES, DURANTE Y DESPUÉS
DE LA REHABILITACIÓN
PARA EL ADICTO Y SU FAMILIA

Psicóloga
Camila Macaya Palma



La paciencia es una virtud



Diseño y diagramación:
Editorial Girlboss SpA.

Impreso por:
Ediciones on Demand

LA REALIDAD DE LA ADICCIÓN
El antes, durante y después de la rehabilitación para el
adicto y su familia

© Camila Macaya Palma

Primera edición: Noviembre, 2018.

ISBN: 978-956-398-188-9

Impreso en Chile - *Printed in Chile*

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total o parcial de este libro, su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del autor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual.

Índice

Prólogo	9
¿Es la Adicción una Enfermedad?	17
La Vida en Consumo Activo	41
El Darse Cuenta: “Necesito Ayuda”	61
El Proceso de Rehabilitación	79
Los Cambios en el Adicto	101
Los Cambios en la Familia	117
La Reinserción	129
Glosario	145
Agradecimientos	153
Sobre la Autora	157

Prólogo

Si hacemos una analogía entre la flor de loto y la enfermedad de la adicción podemos ver que ambas tienen muchas semejanzas, sobre todo en cuanto a la rehabilitación de esta última.

Pensemos en el crecimiento de esta hermosa flor, la cual nace en el fondo del barro, en pantanos, rodeada de oscuridad e impurezas y poco a poco sus pétalos van alzándose sobre la superficie para florecer de forma estilizada, impecable, con una belleza conmovedora, purificando y refrescando el agua.

Lo anterior es exactamente lo que ocurren con el proceso de rehabilitación en la adicción: algunas personas necesitarán vivir un camino tormentoso, oscuro, experimentando sufrimiento y dolor, para finalmente poder florecer y ser la mejor versión de sí mismos que sea posible.

Sin duda alguna el llegar a entender la adicción como una enfermedad y valorar la belleza del resultado es un proceso difícil, tanto para la persona

La Realidad de la Adicción

que sufre la enfermedad como para sus familiares y red de apoyo más cercana que, a menudo se ven entrapados en un círculo vicioso de pensamientos, afectos y actitudes pesimistas y dolorosas, siendo así incapaces de percibir una luz de esperanza respecto del futuro.

Pese a la dificultad inicial para aceptar que la adicción es una enfermedad, cuando esto finalmente se logra, inicia un camino cuesta arriba en una montaña que tendrá altos y bajos, momentos tristes y alegres, preocupaciones, ansiedad, temores y muchas complicaciones que son parte natural de un proceso de cambio, sobre todo en un cambio de tal magnitud como lo es el recuperar hábitos, valores, plantearse metas y objetivos, recuperar la dignidad, perdonarse, etcétera.

En relación a lo ya mencionado, podemos decir que el adicto es una flor de loto en potencia: ha vivido parte de su vida inmerso en una realidad cargada de errores y dificultades, pero una vez que ha decidido pedir ayuda y rehabilitarse, da un salto hacia la auto realización, el auto conocimiento y la modificación de una forma de ser que ha sido afectada como consecuencia de diversas sustancias que han ingresado a su cuerpo, dañando no sólo su organismo, sino que también su salud mental, y la de las personas que le rodean.

Entrar en el camino de la rehabilitación es un

paso muy importante y a su vez sumamente complicado a diferencia del inicio en el consumo de sustancias, a lo cual se puede llegar de manera sencilla y por diversas razones, como por ejemplo el querer encajar en un círculo social, la experimentación personal, las influencia de amistades o familiares, la baja autoestima, la introversión, trastornos ansiosos o depresivos, entre otras.

Lo anterior es difícil de evitar ya que vivimos en una sociedad que normaliza el consumo de drogas, sobre todo de sustancias que están legalizadas como lo son el alcohol, el cigarrillo y las benzodiazepinas, que si bien se venden bajo prescripción médica, las personas buscan alternativas para conseguir estos fármacos de forma ilegal y auto medicarse.

Además, tenemos actualmente en la palestra el tema de la legalización de la marihuana o cannabis, con muchos argumentos que señalan que *no es una puerta de entrada a otras drogas*, que serviría para *disminuir el tráfico* y que tiene muchas *propiedades medicinales*.

Lo lamentable de estos argumentos, es que muchas personas desde la falta de información, terminan por creer y dejarse llevar por estas posturas impulsadas por personajes públicos con cierto rango de credibilidad.

Mencionaré brevemente el problema asociado a

La Realidad de la Adicción

esos tres argumentos, comenzando con las propiedades medicinales de la marihuana. Si bien se ha demostrado en estudios médicos que el cannabis provoca disminución de los síntomas de la quimioterapia, la forma de ingerir la sustancia es previa a un proceso en el que se separa el componente psicoactivo (tetrahidrocannabinol - THC), que es lo que provoca la dependencia y posteriormente adicción; por lo tanto, su consumo en cremas, aceites, tés u otros formatos, cuando ha sido extraído el THC, no provoca el mismo efecto ni presenta el riesgo de generar una adicción. Por tanto, este argumento es medianamente válido, ya que no se necesita la legalización de esta sustancia para que pueda ser utilizada de manera medicinal pues ya se realizan aceites, tés y otros productos aprovechando el componente medicinal del cannabis.

El segundo de los argumentos es que disminuiría el tráfico de drogas, lo cual es imposible de predecir ya que gran parte del tráfico está asociado también a otro tipo de drogas (como la cocaína, pasta base de cocaína, metanfetaminas, etc.), y el hecho de que la marihuana vaya provocando tolerancia trae como consecuencia que su consumidor necesite ingerir cada vez más cantidad e ir probando diferentes tipos o razas (que contengan cada vez más tetrahidrocannabinol para

experimentar más efectos psicoactivos), lo que a la larga probablemente aumentaría el tráfico de los distintos tipos de cannabis.

El tercero de los argumentos más populares para la legalización de esta sustancia, es que no lo ven como una puerta de entrada hacia el consumo de otras drogas, pero la experiencia en centros de rehabilitación indica que la gran mayoría de los adictos en tratamiento iniciaron su historial de consumo con alcohol y marihuana, para luego, al desarrollar tolerancia y dependencia, pasar a otras drogas con mayores efectos.

Si nos centramos en el consumo de sustancias como un problema sólo de salud pública estaríamos dejando de lado una parte importante que tiene que ver con el futuro de la sociedad, ya que como se verá más adelante, el consumo de drogas en niños y jóvenes provoca dificultades en la maduración del cerebro generando de esta forma problemas de aprendizaje, limitando la inteligencia cognitiva y emocional, retrasando el desarrollo adecuado de la personalidad, y por lo tanto a largo plazo tendríamos adultos con pocas capacidades de resolución de conflictos, mal manejo de impulsos, poco control emocional y muchas otras consecuencias.

Además de los daños individuales generados por el consumo de drogas tenemos también las

La Realidad de la Adicción

dificultades que se generan en el entorno cercano a la persona, principalmente la familia, que son quienes se ven más afectados cuando uno de sus miembros sufre de una enfermedad cuyos síntomas son principalmente conductuales, proyectando de esta manera egoísmo, maldad, indolencia y poca empatía, lo cual la gran mayoría de las veces no coincide con lo que en realidad es la persona que sufre de este trastorno.

El adicto es una persona como cualquier otra, tiene fortalezas y debilidades, piensa, siente, toma decisiones; sin embargo cuando le afecta esta enfermedad su cerebro tiene sólo una cosa en su lista de prioridades: la droga. Este deseo frenético por consumir es lo que causa la gran mayoría de sus comportamientos adictivos: mentir, manipular, preocupar a su familia, no medir riesgos ni consecuencias, ir progresivamente dañando su cuerpo, entorno social, familiar, laboral, e incluso en casos más graves llegar al punto de delinquir o dañar a otras personas con el objetivo de sustentar su consumo.

Llegado cierto punto de su adicción, ya sea por decisión propia o impulsado por su familia, el adicto inicia un tratamiento de rehabilitación (ambulatorio o residencial – internación), proceso que requiere de un gran esfuerzo personal para lograr cambios perdurables en el tiempo.

No sólo basta la fuerza de voluntad ni los deseos de salir adelante ya que al estar enfrentando una enfermedad, en este caso multifactorial, son diversos los elementos que habrá que tener en consideración para lograr una rehabilitación integral, que no sólo signifique mantener la abstinencia, sino que generar cambios conductuales y de pensamiento en el adicto, entendiendo que es una enfermedad crónica y que por tanto le acompañará toda la vida, por lo que no es suficiente sólo dejar de consumir, sino que debe entender por qué consumía y cómo evitar un retroceso al mismo estado, en el que la droga se convirtió en su única opción.

En esta rehabilitación no sólo se trabaja con el adicto, sino que también se incluye a la familia y red de apoyo más cercana, quienes como se ha mencionado, también han sido afectados por este trastorno y necesitan ayuda, comprensión y apoyo para volver a orientar sus vidas por el camino de la tranquilidad.

Este libro está escrito con mucha dedicación, y espero que sirva tanto a personas que sufren de una adicción como a sus familiares o red de apoyo más cercana, que logren comprender cómo funciona esta enfermedad a nivel cerebral, de qué forma se va desarrollando, y la manera en que con esfuerzo, apoyo terapéutico y tiempo, se puede mantener

La Realidad de la Adicción

controlados los síntomas del trastorno adictivo para llevar una vida normal, cuidándose y dejando atrás las dificultades asociadas a la época del consumo activo.

Es importante considerar que no todas las personas vivirán el proceso de la adicción de la misma manera: no todos cambiarán ni presentarán los mismos problemas o consecuencias, no todos necesitarán un idéntico tipo de tratamiento ni vivirán necesariamente todo lo descrito en este libro, pero si es probable que haya identificación por parte del lector con muchos de los temas expuestos.

Las drogas son expertas mentirosas: te hacen pensar que eres feliz cuando en realidad tu vida se está desmoronando.

¿Es la Adicción una Enfermedad?

Si bien nos encontramos en el siglo XXI y gracias a la tecnología con la que contamos el acceso a la información es cosa de “un click”, la mayoría de las personas no nos dedicamos a buscar información sobre enfermedades, leyes o ciencia, a menos que nos veamos directamente involucrados en uno de estos temas y necesitemos por fuerza mayor, aprender un poco más sobre cada cosa.

Es por lo anterior que no todas las personas manejan información sobre la adicción, sus orígenes, desarrollo, síntomas, etc., sino hasta que personalmente sufren del trastorno o una persona cercana está pasando por esa situación y se ven en la obligación de investigar más sobre el concepto.

Siguiendo esta línea, hay un número importante de personas que cuestiona si el consumo de alcohol y otras drogas es una opción o una enfermedad, y esto se debe entre otros factores a la

La Realidad de la Adicción

asociación que se ha establecido entre la utilización de drogas y la delincuencia.

Si encendemos la televisión o leemos los diarios lo más probable es que en el noticiero del día encontremos a lo menos un titular que refiera algún tipo de delito asociado a drogas: *“balacera por ajuste de cuentas”*, *“se incautó 200 dosis de cocaína en un vehículo con encargo por robo”*, *“detienen a organización dedicada al tráfico de drogas”*, y un sinnúmero de eventos de ese estilo son los que han creado un estigma social que iguala la conducta antisocial de la delincuencia, con la conducta sintomática de un adicto.

Entonces, ¿es la adicción una enfermedad? Esta es, posiblemente la pregunta más importante que se desarrollará en este libro, ya que uno podría decir que la diabetes es una enfermedad porque el diabético no eligió enfermarse, pero el adicto sí decidió empezar a consumir.

Uno de los argumentos más comunes para decir que el trastorno adictivo es una opción, es que si al alcohólico se le indica que si decide beber se le disparará en la cabeza, lo más probable es que no consuma en ese momento pese a que en su interior si está deseando hacerlo; no así con el diabético, a quien no podemos ponerle una pistola en la cabeza y pedirle que baje el nivel de azúcar en su sangre.

Bajo este punto de vista, se plantea que la

adicción es una opción porque usar drogas es una conducta, y todas las conductas son decisiones, por lo tanto al existir voluntad, el adicto es responsable de su conducta y por lo tanto “puede dejar la droga o el alcohol si *decide* hacerlo”.

El anterior, es el mejor análisis utilizado en la actualidad para plantear la adicción como una decisión y no una enfermedad, sin embargo es un argumento completamente equívoco puesto que hace una distinción entre lo que es una conducta y un síntoma.

Un síntoma es una característica de una enfermedad, dentro del cual la voluntad no juega ningún papel, y por tanto no podemos culpar a un enfermo por presentarlo ya que no ha decidido tenerlo. En este sentido, los *síntomas del trastorno adictivo* se manifiestan a través de *conductas* que no son realizadas a partir de la voluntad, sino que como un manifestación de una enfermedad.

Para entender mejor cómo es que una misma conducta puede ser una decisión en algunas personas y un síntoma en otras, es necesario saber qué es una enfermedad y cómo funciona el modelo que la explica.

Entenderemos como enfermedad a toda alteración sea esta leve o severa del funcionamiento normal de un organismo vivo (con causas externas o internas), y que producto de esta alteración provoca

un deterioro en su salud (física o psicológica).

La mayoría de las enfermedades se manifiestan a través de *síntomas*, que son originados por un *defecto* en un *órgano* en particular. Esos tres conceptos son los principales para entender el modelo de causalidad que explica cualquier enfermedad y que permite a los expertos tratarlas para mejorar la calidad de vida del paciente, lo cual se hace si es posible, corrigiendo el defecto (como en una fractura), o si esto no es posible como en el caso del cáncer, tratando de mantener ese defecto dentro de un margen que no lo haga empeorar.

Modelo de Causalidad

Órgano → Defecto → Síntomas

Fig.1: Modelo de causalidad

La creación de este modelo surge por la necesidad de encausar adecuadamente el trabajo de los médicos ya que en la antigüedad se centraban en sanar los síntomas que el paciente presentaba, lo que causaba dificultades y pocas veces contribuía realmente a la mejoría de la persona. Por ejemplo: si un diabético acudía a consulta por heridas en sus pies, los médicos tratarían de curarlas y lograr su

cicatrización, cosa que sólo ayudaría de forma temporal al paciente y su diabetes seguiría descompensada provocando estos y otros síntomas de manera frecuente.

A raíz de lo mencionado anteriormente y con la creación de este modelo se cambia el foco de las intervenciones médicas, y pasan de trabajar con los síntomas, a corregir el defecto del órgano que provoca dicha sintomatología.

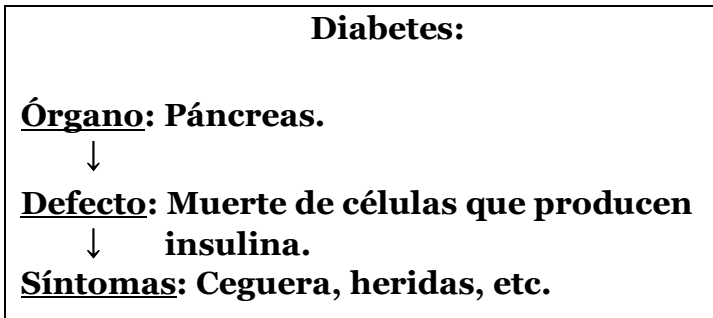


Fig.2: Modelo de causalidad en diabetes

En el caso de la diabetes al ser una enfermedad crónica, el defecto (muerte de las células que producen insulina) no tiene corrección, pero si un tratamiento farmacológico que permite mantener la enfermedad estabilizada, y por tanto los síntomas ausentes.

La Realidad de la Adicción

Hay otras enfermedades cuyo defecto sí tiene corrección, por ejemplo en el caso de una hernia inguinal: el órgano dañado es el intestino, el defecto es un tejido del mismo intestino, que sobresale a través de un punto débil, y los síntomas son una protuberancia en el área, dolor, ardor, etc. En este caso la corrección del defecto implica una operación que reintroduce el tejido abultado y se fortalece la pared abdominal, quedando solucionado el defecto y desapareciendo los síntomas.

Si tratamos de incorporar la adicción al modelo de causalidad, veremos que efectivamente posee todos los componentes que la hacen ser una enfermedad y por tanto, necesita tratamiento como cualquier otro trastorno.

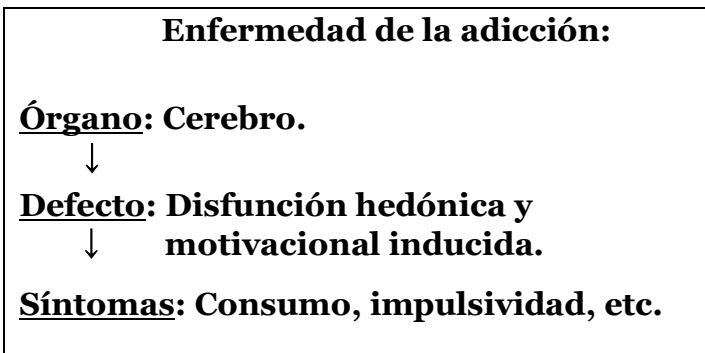


Fig.3: Modelo de causalidad en adicción

En el cuadro se puede apreciar el órgano dañado, su defecto y los síntomas, pero aún nos falta entrar a comprender la neurociencia y neurobiología de la adicción, que si bien son materias complejas y muy extensas, lo explicaré de la manera más amigable posible y enfatizando sólo en los puntos que nos convocan para responder a nuestra pregunta inicial (¿es la adicción una enfermedad?).

Como se mencionó anteriormente el órgano dañado en la adicción es el cerebro, y es importante conocer a grandes rasgos qué áreas del mismo se ven involucradas para así entender más adelante, cuál es realmente el daño que se presenta, sobre todo considerando que al leer que el defecto es “*disfunción hedónica y motivacional inducida*”, lo más probable es que usted se esté preguntando: ¿y eso qué es?

Nuestro cerebro está dividido en áreas, y cada una de ellas está asociada a distintas funciones (movilidad, emociones, memoria, etc.). En el tema de las adicciones nos interesan dos sectores en particular: el área ventral tegmental (AVT) y el núcleo accumbens (NA).

La ubicación del área ventral tegmental está en el cerebro medio, y su importancia en la adicción tiene que ver con la existencia de neuronas

dopaminérgicas, que trabajan en el sistema de recompensa, motivación, cognición y placer. Estas neuronas dopaminérgicas responden a estímulos novedosos, como recompensas inesperadas, situaciones de excitación y drogas.

El núcleo accumbens se encuentra ubicado más cerca de la corteza prefrontal, y está compuesto por un grupo de neuronas del encéfalo. Este núcleo es el centro de placer del cerebro.

El cerebro medio es un sector que almacena información importante para que nos mantengamos con vida: es el responsable de nuestra supervivencia y del diario vivir. Aquí no se piensa ni se toma decisiones, sino que se procesan las señales de vida o muerte percibidas a través de nuestros sentidos.

Mecanismo de supervivencia:

- 1. Comer**
- 2. Matar**
- 3. Sexo**

Fig.4: Mecanismo de supervivencia

La corteza prefrontal es el área donde se toman las decisiones, y de cierta manera controla al cerebro medio, pero cuando se produce la adicción

la comunicación entre estas dos áreas se vuelve defectuosa, y el cerebro medio se torna más *poderoso* para guiar nuestra conducta, por lo tanto nuestras acciones se ven impulsadas por mecanismos de supervivencia que sólo perciben la necesidad de sobrevivir y actuar en función de ello, sin mediar consecuencias.

Para entender cuál es la comunicación que se daña y de qué manera ocurre eso, es necesario introducir a dos importantes neurotransmisores que juegan un rol fundamental en la adicción: dopamina y glutamato.

Cuando consumimos una droga, esta sustancia provoca efectos en el área ventral tegmental (AVT), la cual al experimentar *placer* por la sustancia ingerida, libera grandes cantidades de dopamina las cuales son enviadas al núcleo accumbens, quien interpreta la gran cantidad de dopamina como “esto es agradable, me gusta y me provoca placer, es importante para mi supervivencia”, por lo que el núcleo accumbens libera al segundo neurotransmisor, glutamato, y lo envía de vuelta al AVT, mensaje que es interpretado por el área como “recordaré que esto es importante para sobrevivir”.

De esa manera el mecanismo de supervivencia del cerebro medio pasa a agregar otro componente a

la lista, llegando al punto de ser el más relevante y por tanto el que más se necesita para sobrevivir.

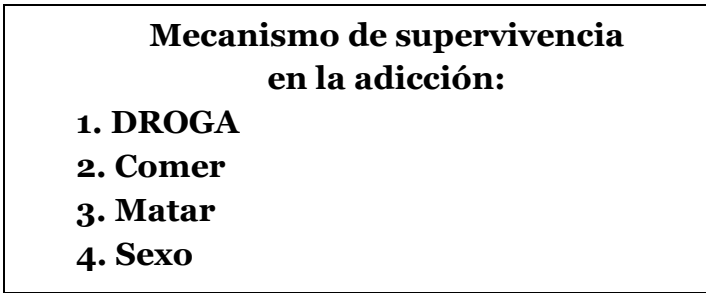


Fig.5: Mecanismo de supervivencia en adicción

El deterioro en la comunicación de estas dos áreas (cerebro medio y corteza prefrontal), ocurre cuando se ingiere droga de manera persistente provocando la neuroadaptación. Esto quiere decir que los receptores de dopamina se ven reducidos en efectividad causando una mayor concentración de este neurotransmisor en el centro de placer del cerebro, adaptándose a la sobrepoblación y funcionando de esa manera. Es por eso que cuando se trata de dejar la droga el cerebro automáticamente envía la señal de necesidad de la sustancia para la liberación de dopamina ya que sin ella cree que no puede continuar con su funcionamiento ahora “habitual”.

Esta explicación sobre el desarrollo de la adicción a nivel cerebral si bien es sencilla porque sólo ha sido expuesta superficialmente, también tiene su cuota de dificultad puesto que son muchos conceptos que recordar, por lo que podemos resumirlo en que: cuando ingerimos una droga nuestro cerebro libera una gran cantidad de neuronas que van al centro del placer, área que asume que la droga es algo importante para sobrevivir y por lo tanto la pone en el número 1 de la lista de prioridades para la supervivencia.

Esto nos permite entender el defecto que se produce en la adicción (mencionado en la figura 3), donde se indica que el órgano dañado es el cerebro y el defecto la *disfunción hedónica y motivacional inducida*. Hedónica significa que está asociado al placer, por lo tanto se puede decir que el defecto es “error en las áreas de placer y motivación, que no ocurre de manera natural, sino que inducido por el consumo de una droga”.

El hecho de que la droga genere cambios en los centros del placer del cerebro provoca que el umbral de recompensa se eleve, por lo que recompensas habituales como la comida o el compartir con seres queridos ya no provocan placer; este último sólo es alcanzable con el uso de la droga.

La Realidad de la Adicción

Cabe señalar que no en todas las personas se provoca este daño cerebral al consumir drogas y esto se debe a que existen cerebros más moldeables y otros más rígidos.

Los más moldeables son propensos a sufrir alteraciones con el consumo de sustancias, no así los cerebros rígidos. Lamentablemente no es posible saber si somos cerebralmente propensos a desarrollar este trastorno por lo que hay que estudiar muchos otros elementos que intervienen en el desarrollo de esta enfermedad y así tener consciencia sobre los riesgos que implica el consumir una sustancia.

La realidad es que la adicción es una enfermedad multifactorial y esto quiere decir que son varios los factores que influyen en que el trastorno adictivo se posicione como tal. Estos factores van desde la genética hasta el entorno social, y es de suma importancia conocerlos e identificar su presencia y posible impacto en la vida de una persona que sufre la adicción o que está propenso a desarrollarla.

Si nos centramos en la persona tenemos que los factores individuales que pueden influir en la adicción son la genética, personalidad, creencias, edad, etc.; luego de esto tenemos los factores del

entorno cercano, y en un nivel superior tenemos a los factores culturales.

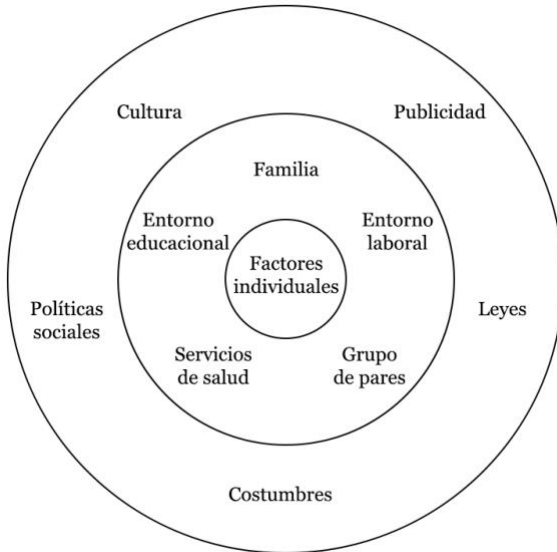


Fig.6: Factores que influyen en la adicción

Brevemente se mencionará cuál es la influencia de cada uno de estos factores al desarrollo de la adicción, puesto que como se mencionó con anterioridad, esta es una enfermedad *multifactorial*, por tanto es la interacción de todos estos factores lo que crea la predisposición a que una persona desarrolle este trastorno y a que se mantenga su consumo.

La Realidad de la Adicción

Factores individuales

El factor individual diferenciador de cada ser humano y lo que nos hace diferentes entre sí, es la carga genética que traemos al momento de nacer. Esta información que es traspasada a través del ADN incluye incluso los hábitos de consumo de sustancias que han tenido los padres y abuelos, por tanto si el padre ha sufrido de alcoholismo y se ha generado el daño en el cerebro (mencionado anteriormente), se traspasará en el ADN la predisposición genética a desarrollar esta patología también.

La edad es otro aspecto importante a considerar, porque si bien hay personas que inician su consumo en la adultez y esto puede provocar una adicción, la neuroplasticidad del cerebro en la edad de la pre adolescencia y adolescencia aumenta considerablemente la probabilidad de generar un trastorno adictivo, sumado a otras dificultades asociadas al consumo en adolescentes, como por ejemplo el deficiente desarrollo emocional, bajo rendimiento académico, etc.

Al centrarnos en la personalidad se puede describir ciertos rasgos que son más propensos a sufrir de la adicción, como lo son las personalidades

límite (personas que no miden riesgos, son impulsivas y de emociones intensas), las personalidades narcisistas (poca empatía, alto sentido de grandiosidad y superioridad), las personalidades histriónicas (necesidad de ser el centro de atención, relaciones extremas y superficiales), y otros tipos de personalidad que en conjunto con otros factores pudieran ser un riesgo potencial.

Siguiendo la línea de la personalidad, ocurre en muchas ocasiones que se desarrolla la adicción en conjunto con otro trastorno o patología. A esto se le llama “patología dual” o “comorbilidad”, y se puede dar de dos diferentes formas: que la adicción provoque síntomas de otra enfermedad – que un trastorno mental conduzca al abuso de drogas. Muchas veces es difícil saber cuál trastorno fue el primero, ya que por lo general se producen por la vulnerabilidad genética que trae la persona, por factores del entorno que contribuyen al desarrollo de ambas, o porque se vean afectadas áreas similares del cerebro. La principal dificultad en la comorbilidad es que usualmente hay interacción entre los síntomas de cada trastorno, generándose un círculo vicioso, por ejemplo: una persona con un trastorno depresivo recurre al alcohol para sentirse

La Realidad de la Adicción

mejor durante un momento, esto le provoca una adicción y el alcohol actúa como depresor del sistema nervioso central, lo que le aumenta el desánimo y a raíz de este desánimo, aumenta su consumo.

Factores del entorno cercano

La familia es la primera red y la más cercana a la mayoría de las personas. Son quienes entregan la crianza, hábitos, costumbres y quienes influyen directamente en la formación de la personalidad de cada individuo.

Existe distintos tipos de familias: tradicionales, monoparentales, aglutinadas, etc., y dentro de la variedad existe también diferentes estilos de crianza: autoritarios, permisivos, democráticos y negligentes. Todas estas diferencias tienen sus pro y sus contra, e influyen en cómo se va desarrollando una adicción, puesto que en interacción con otros factores (personales o sociales) proporcionan al individuo la capacidad de tomar decisiones y de comportarse según los patrones familiares que se van observando.

Evidentemente el tipo de familia y estilo de crianza al que se haya visto expuesta cada persona

influirá en la posibilidad de desarrollar un trastorno adictivo, y hay tipos de crianza (por ejemplo la negligente o permisiva) que facilitan el ingreso al mundo de las drogas; pero esto no implica necesariamente que los otros estilos de crianza sean un boleto seguro a la vida sin drogas ya que como se ha dicho anteriormente, son varios los factores que influyen en este trastorno.

Dentro del entorno cercano encontramos también al grupo de pares, que sin duda en muchas oportunidades juega un rol fundamental en el inicio y mantención del consumo, ya que las influencias y la presión social, sobre todo en la adolescencia, pesan más en las acciones de un individuo que el propio círculo familiar.

Si pensamos en la interacción de factores como la baja autoestima, una familia tradicional y democrática con un funcionamiento común, y un grupo de pares que suele consumir drogas, lo más probable es que el sujeto en cuestión inicie también en el consumo con el fin de reforzar su autoestima, aumentar su sentido de pertenencia al grupo o por dificultades asociadas a la personalidad que le impidan negarse a ofrecimientos de su entorno.

Situaciones como las del ejemplo anterior son más comunes de lo que pensamos, y es por eso

La Realidad de la Adicción

que, no sólo en la adolescencia, es importante rodearse de un grupo de pares que sea responsable y positivo, y que saque lo mejor de cada uno de nosotros en vez de potenciar actitudes negativas.

Por otra parte, ya sea en edad educacional o laboral, el entorno del centro educativo y del lugar de trabajo presentan gran importancia también como influencia para el desarrollo de una adicción. En ambos contextos cada persona mantiene interacción no sólo con otros individuos que pasan a ser parte de su grupo de pares, sino que con el funcionamiento que cada entidad presenta, con personas en cargos superiores o subordinados, y con un grupo de normas y reglas que rigen cada lugar, lo cual va desarrollando, manteniendo o aumentando ciertas características personales que en interacción con la familia, amigos, y forma de ser individual, pueden ser tanto un factor de riesgo como de protección, dependiendo de cada persona.

Siguiendo el mismo ejemplo anterior, de una persona con baja autoestima, familia tradicional y grupo de pares consumidores, pero esta vez le sumamos que trabaja como ejecutivo de un banco, esto podría ser un factor de riesgo puesto que tendrá ciertos horarios que cumplir, además de una buena presentación personal, metas

mensuales por su puesto de trabajo, y varios componentes más que le podrían estresar y por tanto, buscar refugio en las drogas durante su tiempo libre.

Lo anterior es sin duda relativo, ya que ese mismo trabajo puede ser un factor protector si la persona lo ve como algo que valora y en lo que quiere destacar para mejorar su autoestima, por lo que trataría de no mal invertir sus tiempos libres para poder seguir rindiendo laboralmente.

Todos los ejemplos que se puedan dar sobre interacción de factores son variables dependiendo de cada persona y de todos los componentes que influyen en dicha interacción. Un mismo factor puede ser un riesgo para una persona, para otra puede ser una protección.

Factores sociales

Así como en algunos países se ha legalizado el consumo de marihuana y por lo tanto se está normalizando y haciendo más frecuente; o como en algunas tribus africanas se consume alucinógenos como parte de su cultura, en nuestro país está absolutamente normalizado y arraigado como algo que es ya casi una costumbre el consumo de alcohol:

La Realidad de la Adicción

una comida de trabajo se acompaña con vino, la celebración de un éxito deportivo es con cerveza, en fiestas patrias abundan los *terremotos*, en año nuevo es común el champagne, y así un montón de otros ejemplos en los que se puede ver lo normal que es para los chilenos el consumo de esta sustancia tan perjudicial.

Esto es parte de nuestra cultura, y desde el momento de nacer cada persona a lo largo de su vida va interiorizando casi todos los elementos culturales que le rodean, entre ellos el consumo de alcohol.

Es por eso que el factor cultural es tan importante en el tema de las adicciones, ya que en la actualidad desde aproximadamente los 13 años se inicia el consumo y por tanto se va haciendo cada vez más habitual ver niños que se reúnen después de clases o a celebrar cumpleaños, bebiendo esta sustancia incluso con autorización de los padres, y por lo tanto se vuelven más propensos a iniciar en el consumo de otras drogas.

Al estar insertos en una cultura que normaliza el consumo de alcohol, se ve también una gran cantidad de publicidad asociada, donde convencen a las personas de que para ver un buen partido de fútbol es necesario estar con una cerveza

en la mano, dando un mensaje implícito de que el alcohol es necesario para disfrutar de un buen momento.

Al caminar por la calle vemos letreros de anuncios de la mejor marca de cerveza, vino o destilados, encendemos la televisión y encontramos comerciales con diversas ofertas, e incluso en telenovelas o películas los personajes suelen compartir tragos e incluso mostrar éxito en la vida de quienes consumen drogas, alcohol o sufren de algún tipo de adicción, por ejemplo el famoso Dr. House, quien es adicto a al Vicodin y aún así ha triunfado en la vida; o Jordan Belfort (Leonardo DiCaprio) en el Lobo de Wall Street, que consume drogas y mantiene una vida exitosa, haciendo creer por un momento a las personas que el consumir sustancias (alcohol o cualquier otra) no es un impedimento para tener una buena vida ya que, aunque sea ficción, esto repercute de igual manera en nuestro inconsciente y muchas veces nos hace desear *querer ser* como ese personaje que tanto nos gusta.

Como se ha visto a lo largo de este capítulo, la adicción es una enfermedad compleja, que se desarrolla no sólo por el consumo de una sustancia sino que por la interacción de diversos factores que

La Realidad de la Adicción

hacen propensa a cada persona a verse enfrentada a este trastorno.

Una vez que estos factores han interactuado de manera tal que configuran un patrón tendiente al uso y abuso de drogas, es cuando se comienza a generar el daño a nivel cerebral, interrumpiendo la comunicación en varias áreas del cerebro que tienen que ver con la toma de decisiones, la recompensa, el placer, la memoria y las prioridades para sobrevivir.

Si bien toda esta información es compleja de comprender es importante tenerla en consideración y leerla cuantas veces sea necesario, puesto que cada vez se pondrá atención a diferentes datos que ayudarán tanto a un adicto que quiera rehabilitarse para poder tomar la decisión de cambiar su vida o para apoyarse en su proceso, como a la familia de un adicto, para que así pueda comprender qué es lo que sucede realmente y cuáles son los cambios que puede realizar para ayudarlo en su recuperación.

Este capítulo incluye los datos más densos (o difíciles de digerir) respecto a la adicción (neurociencia, modelo de enfermedad, factores de riesgo, etc.), sin embargo no sería bueno comenzar a relatar los siguientes capítulos sin primero tener claridad sobre el hecho de que la adicción es una enfermedad, sobre todo considerando el fenómeno

social tendiente a pensar que el consumo es una decisión, cuando ya hemos visto que en realidad, no depende de la voluntad.

Consumir drogas hoy significa tomar prestada la felicidad de tu futuro, y el problema es que en este préstamo no hay devolución.

La Vida en Consumo Activo

Al ver que una persona mantiene su consumo de drogas bajo una imagen de disfrute, cualquiera tendería a pensar que efectivamente el consumo es placentero y que el usuario es un inconsciente al continuar en esto pese a las consecuencias negativas, pero lo que la mayoría desconoce es el calvario real que vive un adicto en consumo activo – y por supuesto su familia–, sobre todo cuando ha sobrepasado el umbral de uso y abuso, y se encuentra en la etapa de dependencia, que se traduce finalmente en adicción.

Tanto este capítulo como los siguientes serán explicados a base de un caso ficticio generado a partir de la experiencia clínica en el trabajo con adictos a sustancias, por lo que habrá muchas semejanzas con lo que ocurre en la realidad cuando se comienza a desarrollar un trastorno adictivo, y por lo tanto es altamente probable que el lector se

La Realidad de la Adicción

sienta plenamente identificado con las situaciones descritas (ya sea como adicto o como familia).

Carlos tiene 31 años, viene de una familia compuesta por sus padres y un hermano. Enseñanza básica y media normales y con conducta tranquila, ciertos problemas asociados a la adolescencia como peleas y alguna suspensión en el colegio. Vida social conformada por amigos del barrio y del colegio, posteriormente amigos del instituto donde estudió Técnico en Administración, carrera que no terminó.

Comenzó a trabajar en diversas empresas hasta llegar a una que le brindaba estabilidad y una buena remuneración.

Varios pololeos hasta que a los 26 años se decidió independizar junto a su pareja, con quien llevaba muchos años de relación.

El consumo de alcohol siempre fue moderado en fiestas con amigos, cumpleaños, celebraciones en pubs o comidas de trabajo, nunca se excedió ni le provocó ningún tipo de consecuencia puesto que era sólo un consumo ocasional. En su época universitaria probó la marihuana pero no siguió consumiéndola porque no le gustó.

Fig.7: Caso Clínico

Por lo general la mayoría de las personas consumen algún tipo de sustancia alguna vez en su vida, y gran parte de ellas inician con el alcohol en la adolescencia, de manera social y ocasional hasta hacerlo un hábito.

Si bien a nivel cultural el consumo de alcohol no es visto como algo negativo, y no todas las personas que lo consumen desarrollan algún tipo de trastorno adictivo, si es un peligro cuando se comienza a mal utilizar por ejemplo, como un método de evasión de conflictos, para ser más extrovertido en algún contexto o para “relajarse” luego de un día complicado.

Carlos solía beber alcohol sólo en contextos sociales, sin embargo cuando tenía una discusión con su pareja su primera reacción comenzó a ser llamar a algún amigo y salir a compartir un trago con él para “olvidar el mal rato y distraerse”. Esto se fue haciendo cada vez más habitual y empezó a aumentar la cantidad de alcohol que bebía, razón por la cual volvía a su hogar en evidente estado de ebriedad y esto, con el paso del tiempo, fue generando cada vez más discusiones entre él y su pareja.

Fig.8: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

En el caso de Carlos se ve como progresivamente se va pasando desde el uso de la sustancia con un fin recreativo, al abuso de la misma siendo mal utilizada y provocando problemas cada vez más complicados.

Tras dos años de esta misma rutina, Carlos comenzó a tener cada vez más dificultades con su pareja, e incluso a fallar en su trabajo puesto que llegaba atrasado, despreocupó su presentación personal y ya no rendía como antes. Un colega le comentó que él consumía una sustancia que le ayudaba a rendir bien en el trabajo y a no tener “resaca” cuando bebía, por lo que le regaló una bolsita con un poco. Esta sustancia era cocaína (COC), y Carlos tomó la decisión de aceptar el regalo pero no lo utilizó sino hasta 4 días más tarde, luego de una fuerte discusión con su pareja, por la cual salió a beber y al día siguiente no se sentía en condiciones para ir a trabajar. Consumió y sintió que eso lo revivió, pudo rendir bien en su trabajo, sin sueño y muy activo.

Fig.9: Caso Clínico, continuación

El paso de una sustancia a otra puede ser ocasionado por muchas razones, entre ellas se

puede mencionar la presión social, la curiosidad, el querer ser parte de un grupo en particular, o en este caso, la búsqueda de una “ayuda” para funcionar mejor.

El problema de la incursión con nuevas sustancias y drogas es que la ciencia todavía no permite saber con exactitud qué personas son más propensas a nivel cerebral para desarrollar una adicción, por lo que consumir cualquier sustancia y posteriormente hacer su consumo algo habitual puede ser un peligro sobre todo en el caso de quienes tienen antecedentes familiares (y por tanto genéticos) de alguna persona con adicción.

Generalmente cuando se inicia el consumo de una droga la persona la utiliza de manera poco frecuente y cada vez va aumentando más tanto en frecuencia como en cantidad: una vez al mes, cada 15 días, una vez a la semana, y así hasta que se va provocando el abuso y luego la dependencia.

Esta es la curva de utilización de una sustancia, en la cual se puede distinguir 3 conceptos fundamentales: uso – abuso – dependencia.

El uso de una sustancia hace referencia no sólo a que se consuma de manera poco frecuente, sino que además sea en cantidades inferiores, y que no provoque consecuencias negativas tanto para la persona que la consume como para su entorno cercano.

La Realidad de la Adicción

El abuso es la siguiente etapa, y básicamente se refiere a un aumento en la frecuencia del consumo asociada también a la cantidad de la sustancia (producto de la tolerancia), y que además comienza a generar consecuencias negativas y problemas asociados. En ocasiones basta con que la cantidad de la sustancia sea excesiva para hablar de abuso, ya que una persona puede consumir cocaína una sola vez en su vida pero en una cantidad tan importante que le provoque un accidente cerebro vascular; o en su defecto, que una persona consuma cantidades moderadas de alcohol pero con frecuencia diaria, lo que a la larga también provocaría enfermedades y traería problemas por dicho consumo.

La última etapa de esta curva es la dependencia, que hace referencia tanto a la necesidad biológica (física) como psicológica de la sustancia. Es una necesidad de consumo que se prioriza frente a otros intereses o necesidades de la persona, además de provocar que dedique gran parte de su tiempo a la búsqueda de información sobre la sustancia, a su obtención, a la búsqueda de métodos financieros para poder seguir sustentando el consumo, etc.

La dependencia física tiene que ver con la habituación del organismo a la presencia de la droga en él de manera continua, por lo que para funcionar de manera normal necesita tener cierta dosis de droga en su sangre. Cuando en un proceso de

desintoxicación el nivel de droga en la sangre de la persona disminuye se experimenta el síndrome de abstinencia (que tiene características compartidas y algunas particulares de cada droga). La desintoxicación total del cuerpo se produce en un lapso de entre 15 a 30 días (dependiendo de la sustancia), por lo que en el primer mes de cualquier tipo de tratamiento es muy importante poner especial atención en este síndrome para evitar posible abandono del paciente motivado por la necesidad de obtención de la droga.

La dependencia psicológica hace referencia a un estado mental de obsesión (pensar constantemente en la droga) que se traduce en la compulsión de consumirla constantemente, sea para experimentar un estado placentero o para evadir estados desagradables.

Cuando hablamos de dependencia ya estamos en la constelación de la adicción, y en ese sentido la dependencia física es bastante más sencilla de superar puesto que sólo se requiere observación de profesionales, medicación y desintoxicación; sin embargo la dependencia psicológica es lo más complicado ya que implica una modificación terapéutica de las conductas, actitudes y pensamientos, con el fin de lograr que la persona sea autónoma, capaz de resolver conflictos, encontrar placer, tolerar la frustración y manejar su

La Realidad de la Adicción

ansiedad sin necesidad de recurrir a ningún tipo de sustancia.

El consumo de cocaína en Carlos fue aumentando, al principio la utilizaba sólo cuando salía a beber con amigos para poder seguir de fiesta hasta más tarde y no emborracharse tan rápido, luego la utilizaba al día siguiente para trabajar mejor y sin resaca. Al cabo de uno año ya no necesitaba salir de fiesta o beber, sino que consumía en las mañanas porque según él, con eso conseguía trabajar mejor, al volver a su casa volvía a consumir para poder “sentirse bien”.

Llegado cierto punto, Carlos ya consumía día por medio, y en ocasiones de manera diaria, lo que con el paso de los meses provocó discusiones con su pareja hasta que ella comenzó a sospechar y descubrió lo que él estaba haciendo.

Fig.10: Caso Clínico, continuación

Pasado un tiempo desde que el consumo se ha vuelto abusivo y se ha desarrollado la dependencia comienza a ocurrir una serie de cambios en el comportamiento de la persona cuya base se centra en una disminución en sus respuestas afectivas: todo lo que con anterioridad le provocaba tristeza,

angustia o preocupación, ahora pareciera que no evoca nada o que simplemente la persona ha dejado de experimentar emociones.

Esto se conoce como congelamiento emocional, y es una disminución progresiva de la experiencia sensitiva que conlleva una ausencia de respuestas afectivas reales y espontáneas, haciendo que el adicto se comporte como si fuera un robot que no siente culpa, remordimiento, tristeza, empatía, arrepentimiento, etc.

Cuando la pareja de Carlos descubre su consumo él lo reconoce, trata de bajarle el perfil a la realidad y de prometer que no lo haría más – promesa que sólo verbaliza para tranquilizar a su pareja, pero no con intenciones reales de detener su consumo. Ella le menciona todo lo negativo que puede ocurrir producto de su consumo y el sufrimiento que le está causando, pero Carlos se pone cada vez más a la defensiva.

Continúa su día a día en consumo ocultando a su pareja que aún lo hace, la ve sufrir pero esto no es suficiente para que se detenga. En ocasiones piensa en parar, pero no lo intenta realmente.

Fig.11: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

Una manera sencilla de explicarlo es que básicamente se genera un mecanismo defensivo por parte del cerebro adicto para que la persona pueda mantenerse en consumo sin interferencias del tipo emocional, y de esta forma pueda conseguir su prioridad número 1 para sobrevivir: la droga.

Esta disminución en la experimentación de emociones es lo que permite al adicto a consumir reiteradamente luego de las consecuencias negativas, muchas veces sin notar realmente la responsabilidad de sus acciones en dichas consecuencias. La persona deja de tomar en cuenta el peso de sus actos y simplemente va y consigue lo que su cerebro “necesita”.

Poco a poco el trastorno adictivo avanza y llega a afectar otras áreas de la vida de la persona, siendo el turno esta vez de las actividades cotidianas que con anterioridad generaban alegría y placer: en consumo activo estas actividades son innecesarias.

Se pierde el interés en reunirse con la familia o amigos, en participar de eventos deportivos o musicales, asistir a la iglesia, disminuye el rendimiento académico o laboral y poco a poco la persona se va aislando: no sólo se aleja de amistades y contextos sociales que deja de frecuentar, sino que también comienza a tomar distancia de su familia, al principio bajo excusas como dolores de cabeza, cansancio o mucho trabajo, pero luego simplemente

deja de conversar sobre su día a día, los silencios son cada vez más incómodos y el poco tiempo que pasa en su hogar lo dedica a estar solo ensimismado en sus pensamientos.

Al ir ocurriendo lo mencionado anteriormente, indudablemente las relaciones comienzan a deteriorarse, existiendo una disminución en los tiempos de conversación, un aumento en las discusiones, recriminaciones constantes que suelen provocar que la pareja y familia comiencen a preguntarse qué es lo que está pasando, por qué se comporta de esa forma, “en qué andará metido”, y para satisfacer sus dudas tratan de hablarle sobre el tema pero eso provoca que se comporten de manera aún más defensiva.

En este punto del proceso adictivo ya no es sólo la persona que consume quien está enfermándose, sino que también su red de apoyo más cercana: la familia comienza a experimentar estrés, ansiedad, inseguridades, depresión, preocupación excesiva, no duermen bien y por lo tanto no descansan, aparecen molestias físicas asociadas a la tensión, el estado de ánimo y por consiguiente el humor están cada vez menos estables, y eso va provocando un círculo vicioso en el que todos reaccionan de mala manera.

El cómo va a afectarle una adicción a cada miembro de la familia va a depender de la personalidad de cada uno: hay quienes lo viven de

La Realidad de la Adicción

una manera estoica aparentando que nada les afecta y que “el problema es suyo”, y también hay quienes lo viven sufriendo casi a la par con el adicto en consumo activo.

Este daño en las relaciones interpersonales puede mejorar con terapia y un tratamiento adecuado, pero en muchos casos ocurre también que el quiebre es irreparable: matrimonios se separan, la familia se aleja y decide seguir su vida por otro camino hasta el punto de perder el contacto. A veces cuando esto ocurre el adicto siente que tocó fondo y decide pedir ayuda, pero la mayoría de las veces no es suficiente producto de lo que se mencionaba con anterioridad: el congelamiento emocional.

Continúan pasando los meses y Carlos no detiene su consumo, las peleas aumentan y finalmente su pareja decide pedirle que se vaya de la casa por un tiempo y que no vuelva hasta que haya vuelto a ser la persona de la que ella se enamoró. Carlos la trata muy mal, asegura que ella lo está dejando porque “tiene a otro”, y vuelve a vivir con sus padres y su hermano menor, quienes no saben nada de su adicción.

Fig.12: Caso Clínico, continuación

Mientras más avanza el trastorno adictivo se comienza a ver cambios en la forma de ser de la persona por lo tanto ya no sólo es el consumo el problema sino que también aparecen conductas que son propias de la adicción y van desde la manipulación, las mentiras, el chantaje emocional, hasta en algunos casos la violencia física y verbal.

La manipulación principalmente se manifiesta cuando el adicto quiere lograr su cometido a como de lugar, y para ello planifica muy bien cómo, cuándo, dónde y a costa de quienes logrará llevarlo a cabo: elabora una manera de persuadir a su entorno para que estos sean partícipes (de manera directa o indirecta) en su consumo.

Carlos sabía que vivir en casa de sus padres implicaba ciertas reglas, y es que sus padres siempre han visto mal el tema de las fiestas y el consumo de alcohol y drogas. Al no poder consumir tranquilo en su hogar ni poder salir en las noches, luego de un año comenzó a manipular a su hermano menor ofreciéndole regalos y dinero para que este lo cubriera y él pudiera así volver tarde a casa sin que nadie lo notara ni le hicieran preguntas.

Fig.13: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

No es de extrañar que una persona en consumo activo comience a fallar en su trabajo y en el cumplimiento de sus obligaciones generales, sin embargo, todos esos fallos que se van presentando para el adicto son fácilmente solucionables con mentiras muy bien elaboradas, ya que desarrollan una capacidad extraordinaria de convencer a su entorno de que lo que ellos dicen es realmente así y que son sólo víctimas de las circunstancias.

Cuando las mentiras y la manipulación ya no surten efecto sea porque ya no se le ocurre qué más decir, o porque la familia ha comprendido su forma de comportarse, la nueva estrategia para lograr sus objetivos referentes al consumo es el chantaje emocional, que es una forma de controlar la voluntad ajena que se basa en provocar sentimientos como la culpa, la obligación o el miedo para conseguir así que la persona actúe de acuerdo a los intereses que van a favor de quien ejerce el chantaje.

Al generarse en la adicción el fenómeno de la codependencia (el adicto depende emocionalmente de una persona en particular, y esa persona por varios motivos siente que depende y necesita del adicto también), es más sencillo que se presente el fenómeno del chantaje emocional, ya que el adicto no lo practica por egoísmo o maldad pura, sino que tiene su raíz en que es en realidad una persona

sumamente insegura que teme perder el cariño y la atención de la gente que lo rodea, pero como aceptar esta inseguridad es en su mente sinónimo de debilidad, trata entonces de hacerle creer a sus familiares que son ellos quienes necesitan de él, y de esta manera si no se le mantiene contento cediendo a sus demandas, entonces se alejará de ellos y los abandonará.

La sensación que provoca el chantaje emocional en la persona que lo recibe es de hallarse atrapados ya que por una parte si ceden sienten rabia consigo mismos al no ser capaces de decir que no, pero si no ceden se sienten culpables ya que el adicto se presenta como la víctima, y como consecuencia de no obtener lo que quiere reacciona de manera iracunda, agrediendo física o verbalmente, e incluso amenazando con que los abandonará y no sabrán más de él.

Ocurre entonces que el familiar con quien se desarrolla la codependencia (que puede ser uno o varios), cuando ha sido chantajeado con esta fórmula que apela a la emoción y sentimientos, se vuelve incapaz de tomar decisiones individuales principalmente por temor a ser rechazado, perder el cariño del adicto, miedo a sufrir o a que el adicto cumpla con sus amenazas, y en ocasiones sentimientos de culpa y egoísmo por no darle en el gusto.

La Realidad de la Adicción

Respecto al fenómeno de la codependencia, hay personas que son más vulnerables a caer en ella y por tanto a ser chantajeados emocionalmente. Estas personas suelen necesitar constantemente la aprobación de los demás, tienen temor a quedarse solos, tienen una gran necesidad de mantener la paz y la tranquilidad en sus relaciones por lo que evitan todo tipo de conflicto o confrontación, les dan miedo los cambios y les asusta o preocupa que la gente se enoje con ellos, se sienten inseguros sobre su valor o capacidades personales, se sienten responsables y culpables por los sentimientos de los demás, y un largo etcétera.

Existen ciertas frases muy genéricas utilizadas por los chantajistas emocionales y dejaré ejemplos de algunas de ellas para su conocimiento:

“No puedes decirme que no sabiendo todo lo que yo he hecho por ti”.

“Si yo me siento mal ahora es por lo que tú me haces, por tu comportamiento, por dejarme siempre solo/a”.

“No sé cómo lo haces para siempre hacerme sentir mal”.

“Es evidente que ya no te importo ni me quieres, por eso prefieres salir con tus amistades en vez de estar conmigo”.

“Si no fuera necesario no te lo pediría”.

Como se ve en los ejemplos son frases que se pueden utilizar en muchos contextos diferentes y que el adicto hábilmente modifica para conseguir lo que quiere.

Cuando el hermano de Carlos notó que había un problema con el consumo de drogas, decidió inmediatamente conversarlo con sus padres, quienes se dieron cuenta de que llevaban cerca de un año sospechando y viendo que algo grave ocurría delante de sus ojos pero que sin embargo no habían querido aceptarlo.

Conversaron con Carlos, supieron todo el problema en el que estaba y además les confidenció que tenía varias deudas puesto que había gastado sus últimos sueldos en cocaína, además de haber pedido dinero prestado a varias personas.

Los días siguientes a la revelación Carlos estuvo tranquilo, en casa, sin consumo, pero su cuerpo comenzó a experimentar síndrome de abstinencia y le rogaba a su mamá que por favor le prestara dinero, que si lo quería realmente le haría ese favor una única vez, o de lo contrario tendría que irse de la casa y no volverían a saber de él. Su madre, sufriendo, accedía por miedo a que se fuera.

Fig.14: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

Si bien el consumo se mantiene pese a que los familiares le ruegan que se detenga, hay momentos en los que el adicto piensa, se convence y verbaliza que en realidad es capaz de dejar la droga cuando quiera, pero que todavía no ha deseado hacerlo. Aparece la soberbia, los rasgos narcisistas de la personalidad, conductas egoístas y poco empáticas, y todo esto va provocando que la familia se vea deteriorada y cansada.

En ese contexto y en breves momentos de lucidez la persona en consumo activo comienza percibir que ha dicho y hecho muchas cosas que antes jamás habría ni siquiera pensado, y es en este instante cuando comienzan a aparecer destellos de recriminación y culpa.

Pasados unos meses, Carlos veía a sus padres sufrir por lo que intentaba no consumir los fines de semana. Esto provocaba que pensara más de la cuenta, llegando en ocasiones incluso a sentirse culpable por sus actos y todo lo que había provocado. Llamaba a su pareja para ver cuándo podrían volver a estar juntos, y se sentía avergonzado, pero eso se le olvidaba cuando volvía a consumir el día lunes en su trabajo.

Fig.15: Caso Clínico, continuación

Cada vez que aparecen sentimientos de culpa o que hay algún momento de lucidez que le hace ver la realidad, el adicto prefiere sumirse más en el consumo para no estar en contacto con esos sentimientos dolorosos que ya no sabe manejar.

Comienza un calvario personal de sufrimiento silencioso: es incapaz de reconocer que lo está pasando mal y de pedir ayuda, continúa consumiendo pese a las dificultades y en ocasiones se le presenta la idea de que esto puede ser un problema, pero es incapaz de aceptarlo sin primero tocar fondo.

Primero consumes para ser feliz, luego no puedes ser feliz si no consumes, finalmente consumes pese a tu infelicidad. Eso es perder la libertad.

El Darse Cuenta: “Necesito Ayuda”

Cuando los seres humanos presentamos alguna dificultad sea laboral, académica, familiar o personal que no podemos solucionar de forma individual, suele llegar un momento en el que decidimos pedir ayuda ya sea a alguna persona o institución que nos pueda brindar la orientación que necesitamos.

En el caso de las adicciones el funcionamiento es similar, sin embargo existe un proceso previo antes de reconocer que se necesita ayuda externa, y ese proceso contempla una serie de consecuencias (en ocasiones irreversibles) y de intentos fallidos por salir adelante, que finalmente provocan que la persona toque fondo, y es en ese momento en el que el adicto se da cuenta de que necesita contención tanto familiar como profesional.

“El fondo” que toca cada adicto es personal y diferente en cada uno de ellos, siendo en algunos un

La Realidad de la Adicción

toque de fondo el perder a su familia, en otros el alcanzar un nivel complicado de deudas, y en otras personas el desarrollo de enfermedades de orden biológico (problemas al hígado, pérdida de memoria, etc.).

Al ser la familia la red más cercana al adicto en consumo activo ocurre que cargan con la peor parte de las consecuencias: mal humor, faltas en la confianza y el respeto, manipulación, etc., y por lo tanto, en el caso de las parejas, estas son las primeras en decidir alejarse y tratar de cortar la relación con él. Es lo que ocurrió en el caso de Carlos, donde su pareja le pidió que se fuera de la casa y que se tomaran un tiempo, como se ejemplificó en el capítulo anterior.

La madre de Carlos comenzó a desarrollar un cuadro depresivo y ansioso producto de toda esta situación, ya no comía ni dormía bien.

Carlos fue enfrentado por su padre quien con mucha dificultad y tristeza le exigió que detuviera su consumo o en su defecto tendría que buscar otro lugar en el que vivir, ya que estaba enfermando a su madre y además estaba siendo un mal ejemplo para su hermano menor.

Fig.16: Caso Clínico, continuación

En el caso de la familia nuclear (donde hay lazos sanguíneos) es muy difícil llegar al punto de alejarse de la persona que consume, sin embargo a veces es necesario tomar acción y cerrar las puertas al adicto para que de esta forma se pueda provocar el ansiado “toque de fondo” que lo impulse a desear rehabilitarse. Esto tiene mucho que ver con el concepto de *amor responsable*, explicado en mayor profundidad en el capítulo de los cambios en la familia.

Por supuesto Carlos se victimizó frente a sus padres que lo estaban “echando” de la casa, intentó manipularlos pero le fue difícil, por lo que optó por arrendar un dormitorio en un hospedaje cerca de su lugar de trabajo. Al estar viviendo solo, sin nadie que se preocupara por él, y teniendo tanto tiempo para pensar, esto lo llevó a contactarse con ideas y pensamientos que lo culpaban por todo lo que había pasado en su vida durante los últimos cuatro años, y para evitar ese malestar, cada día aumentaba más su consumo.

Fig.17: Caso Clínico, continuación

Paulatinamente la persona en consumo va perdiendo sus hábitos, costumbres y valores que

La Realidad de la Adicción

podieron estar muy arraigados en su forma de ser, pero que sin embargo la enfermedad de la adicción cambia en 180° la mayoría de las conductas y actitudes de la persona en cuestión.

Fácilmente una persona preocupada de su familia, trabajadora, respetuosa, honesta, fiel, responsable y alegre, se puede convertir en alguien a quien su familia y su trabajo parece no importarles, irresponsable, experto en la manipulación y la mentira, y en ocasiones incluso se llega al complicado mundo de la delincuencia.

El alcanzar el último punto mencionado puede ocurrir de varias maneras y por varias razones: para encajar en el nuevo grupo de *amigos*, para poder sustentar económicamente el vicio, o simplemente para protegerse en el ambiente de las drogas que ciertamente es muy peligroso.

En ocasiones se tiende a pensar que una persona que consume en realidad no se ha visto afectada puesto que aún trabaja y lleva una vida “normal”, sin embargo se desconoce lo que ocurre puertas adentro y además, por lo general en el curso del trastorno adictivo lo último que la persona pierde es el trabajo, ya que esta es la fuente que le permite percibir ingresos y de esta manera sustentar el consumo.

Producto de distintas razones (incumplimiento de obligaciones, irresponsabilidad, problemas

laborales ocasionados por el consumo) llega un punto en que el adicto pierde su trabajo, y sumado a la pérdida de valores y hábitos, se encuentra de un momento a otro vendiendo sus pertenencias o cosas de su casa, y a veces delinquiendo.

Con el mal vivir provocado al estar solo, Carlos comenzó a fallar en su trabajo: llegaba tarde varias veces en la semana y en un estado deplorable, no cumplía con las peticiones que hacían sus jefaturas, y por tanto su rendimiento comenzó a bajar. A raíz de esto y de varias amonestaciones, fue despedido de su empleo por incumplimiento de contrato por parte del trabajador, lo que no le dio derecho a indemnización. Carlos se vio de la noche a la mañana sin trabajo, familia ni dinero, por lo que vendió su celular, ropa, y comenzó a sacar cosas de la casa en la que arrendaba una pieza para intercambiarlas por droga.

Fig.18: Caso Clínico, continuación

El momento en que se pierde el trabajo y la persona se siente “en el aire” genera un punto de inflexión donde para la persona comienzan a aparecer pensamientos y dudas referentes a si

La Realidad de la Adicción

realmente se siente bien con el estilo de vida que está llevando o necesita cambiar algunas cosas para mejorar.

Este punto de inflexión permite que el adicto se de cuenta de que no es capaz de estar sin consumir, y significa el primer paso hacia el camino de la rehabilitación, sin embargo todavía no se genera un gran cambio ni mucho menos hay aceptación o consciencia de enfermedad, lo que ocurre es que en este momento la persona comienza a tomar ciertas estrategias que a la larga, le permiten aceptar que no puede dejar de consumir por sí mismo y que necesita ayuda.

Al darse cuenta de que no puede vivir sin la droga y de que ha cambiado su forma de ser comportándose ahora como las personas a las que quizás siempre criticó, decide que una buena alternativa para volver a ser como era es reducir la frecuencia del consumo, y que si en el último período de tiempo llevaba consumiendo todos los días, desde ese momento sólo lo hará los fines de semana. Con esto aparece el autoengaño: el adicto realmente se convence de que su estrategia funcionará y que podrá hacerlo, pero al desconocer que lo que sufre es una enfermedad, también desconoce que la reducción de frecuencia no es útil para poder mejorar y que por el contrario, al encontrarse el cuerpo sin droga durante cierta

cantidad de días, esto posiblemente le provocará síndrome de abstinencia sumado a los cambios de humor, aumento de la irritabilidad, conductas adictivas y por lo tanto una vuelta a la frecuencia habitual de consumo.

Al verse robando en una casa ajena, ya no teniendo nada propio que vender, cesante y sin poder contar con su familia, Carlos decide que disminuir su consumo le ayudará a encontrar un mejor trabajo y podrá volver a ser como era antes. Su idea es consumir sólo los fines de semana, dejando los días hábiles para buscar trabajo, pero esto sólo le dura un par de días ya que al segundo día sin consumo su cuerpo comenzó a pedirle la sustancia y sin darse cuenta estaba en casa de un traficante empeñando su carnet de identidad para poder obtener droga.

Fig.19: Caso Clínico, continuación

Tras el fracaso en el intento de disminuir la frecuencia el adicto piensa que quizás está errado y que lo que realmente debe reducir es la cantidad de dosis que consume en el día, por lo que decide seguir consumiendo en su frecuencia habitual pero en menor cantidad.

La Realidad de la Adicción

Este método evidentemente no aporta ni una diferencia respecto a la forma de vida que está llevando la persona: sigue cesante, sin familia, sin dinero y buscando formas ilegales de conseguir droga para poder sustentar el consumo, con la diferencia de que si antes gastaba 50 mil pesos diarios, ahora lo redujo a 30 mil (valores referenciales, esto puede variar dependiendo de la sustancia y el método de obtención).

Al ver que sigue en lo mismo y que gradualmente las dosis van aumentando hasta quedar igual o más altas que con anterioridad, otra idea aparece en la mente del adicto, y esta vez decide que si deja de consumir una sustancia y la cambia por otra “menos dañina”, tal vez podrá volver a recuperar su vida.

Esa sustitución de sustancia puede ser de distintas maneras: cambiar pasta base por marihuana, cocaína por alcohol, pasta base por cocaína, etc. Va a depender de la droga madre del sujeto, y de qué otra droga él considera *menos dañina*.

Una importante diferencia entre este método y los dos anteriores es que aquí si existe una posibilidad de que la persona deje de consumir su sustancia problemática, sin embargo esto no es garantía de mejoría puesto que comenzará a abusar progresivamente de la sustancia sustituta, y antes

de darse cuenta habrá generado dependencia a la nueva sustancia o peor: habrá vuelto a su sustancia madre y además habrá sumado esta otra nueva droga.

Sea cual sea el resultado de esta última idea llegará un momento en el que la persona notará que sus *esfuerzos* por mejorar han sido en vano (y además intentándolo ha transcurrido un tiempo importante), por lo que asume que si no es algo que pueda controlar por sí mismo quizás si podrá ayudarle un médico prescribiéndole algún fármaco, ante lo cual se presenta el primer acercamiento al médico psiquiatra.

Sea en consulta particular o en un consultorio (dependiendo de la capacidad financiera de la persona en ese momento) conseguirá una hora con un psiquiatra pero no nos equivoquemos al pensar que será honesto: asistirá a la sesión con el sólo afán de mentir y manipular para conseguir medicación que le permita dormir y sentirse menos ansioso.

No hablará de su adicción, responderá a las preguntas del profesional con evasivas o simplemente mentirá. Llevará pensada y armada una idea de lo que debe decir: que se siente cansado y estresado por el trabajo, con ansiedad, angustia, dolores de cabeza, que no duerme bien, y que por su puesto si el médico lo pregunta, no consume drogas ni alcohol.

La Realidad de la Adicción

Lo más probable es que consiga medicación (benzodiacepinas, ansiolíticos, estabilizadores del ánimo, etc.) y comenzará a tomarlas, pero no bajo la indicación del médico sino que a su manera: si se siente muy ansioso no tomará 1mg del medicamento que le hayan prescrito, si no que tomará 3 o 4 mg.

Al ver los efectos secundarios que producen los medicamentos (enlentecimiento, aceleración, sueño, depende de cada cual) puede que estos le parezcan atractivos y comience una adicción a los fármacos también, pero nunca llegará a experimentar realmente el efecto para el cual la medicación fue diseñada puesto que lo más probable es que la mezclará con drogas y/o alcohol.

El consumo de benzodiacepinas, antidepresivos o ansiolíticos, la mantención de los hábitos negativos y del consumo de drogas, la ausencia de un nuevo trabajo estable y la falta de comunicación con la familia son probablemente los factores más importantes para que la persona sienta que ha tocado fondo y que necesita pedir ayuda.

Ya no piensa que la puede dejar cuando quiera ni tampoco que puede buscar estrategias con las cuales controlar su adicción.

Ya no se siente feliz ni productivo cuando consume (como le ocurría al principio), y por el contrario, se siente derrotado, impotente, con rabia hacia sí mismo y culpable por todo lo que ha vivido.

Con todos esos pensamientos y sentimientos (probablemente muchos más, a veces incluso algunos con ideación suicida) es que inicia el proceso de aceptación.

Carlos intentó no consumir tanto pero esto tampoco le dio resultado puesto que sin darse cuenta estaba consumiendo incluso más que con anterioridad. Luego pensó que cambiar la cocaína por el alcohol podía ser una buena idea, pero cada vez que bebía terminaba consumiendo también cocaína y quedaba en peores condiciones.

Decidió ir al consultorio y pidió hora con un psiquiatra quien le prescribió clonazepam después de que Carlos lo manipulara fingiendo no poder dormir. Ahora consumía cocaína, alcohol y clonazepam desmesuradamente.

Un día despertó en otra ciudad sin saber cómo había llegado ahí, sin ninguna pertenencia, llevaba varios días durmiendo en la calle, estaba sucio y herido puesto que para consumir se había metido en varias peleas en poblaciones que no conocía. Fue a carabineros para que le ayudaran a volver a casa de sus padres quienes impactados y preocupados, lo recibieron de vuelta.

Fig.20: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

El proceso de aceptación contempla cuatro fases importantes, siendo la primera de ellas y la más importante el asumir real y honestamente que la droga controla su vida.

La segunda fase, una vez que se ha asumido la dificultad que se tiene con la droga, es la conversación que se debe dar con la familia, y si bien todo el proceso es complicado y doloroso emocionalmente para todos los involucrados, para la persona en adicción es particularmente embarazoso conversar con sus familiares y contarles todo lo que ha vivido, en qué se ha convertido su vida, y reconocerles finalmente que necesita de su apoyo para la búsqueda de ayuda profesional.

Tras unos días recuperando sueño, alimentación y mejorando de sus heridas, Carlos, sus padres, hermano y ex pareja se reúnen para conversar sobre toda la situación. Él les cuenta parte de lo que ha vivido, reconoce su problema con las drogas y humildemente pide apoyo para salir adelante, ya que siente que esto “se la ganó”. Sus padres se sienten culpables y su ex pareja decide apoyarlo pese a que no estén juntos, ya que entiende la dificultad de la situación para sus ex suegros.

Fig.21: Caso Clínico, continuación

La principal complicación para el adicto en este punto radica en que el conversar de todo lo que ha ocurrido implica una toma de contacto con todos esos pensamientos y sentimientos que ignoró durante todo su tiempo en consumo activo, y al verbalizarlos debe comenzar a hacerse cargo de ellos, con todo el sufrimiento que eso implica.

Desde el momento en que se habla con la familia pasan a ser varias las personas que cargan con una gran ansiedad, incertidumbre, rabia y culpas, pero quedarse paralizados no ayuda en nada, por lo que inicia la tercera fase del proceso de aceptación: la búsqueda de opciones para poder iniciar un proceso de rehabilitación.

Generalmente son los familiares quienes inician la búsqueda de centros de rehabilitación residenciales, sobre todo cuando la adicción ha sido tan profunda y con tantas consecuencias negativas que se asume que un proceso ambulatorio no servirá.

En otras ocasiones, cuando el consumo es menor en tiempo y en cantidades, no se ha llegado al extremo de perderlo todo, y la persona tiene buenas redes de apoyo tanto familiar como laboralmente, la búsqueda se centra en una alternativa ambulatoria.

Hay veces en que es el mismo adicto el que comienza a buscar lugares para rehabilitarse, por lo

La Realidad de la Adicción

general a través de internet, llamando para averiguar, enviando correos electrónicos, y barajando la alternativa más económica para no sentir que están generando un gasto económico demasiado alto en su familia.

En este punto es importante considerar que el lugar en el que vaya a rehabilitarse la persona sea idealmente una comunidad terapéutica con profesionales idóneos (terapeuta en adicciones, psicóloga, psiquiatra, asistente social, terapeuta ocupacional, etc.), ya que una internación en una clínica sólo entregará servicios asociados a la desintoxicación, medicamentos y exámenes médicos (apuntando hacia la superación de la dependencia física), pero no un tratamiento psicológico y terapéutico que permita trabajar la dependencia psicológica.

Hay que también tener en cuenta si la persona tiene alguna patología dual que pueda requerir estabilización previa a una internación, por ejemplo en el caso de una persona adicta al alcohol que también es bipolar, es sumamente importante que un psiquiatra le prescriba la medicación necesaria para mantener su bipolaridad lo más estable posible, ya que de lo contrario las crisis serán frecuentes y esto no le permitirá a la persona aprovechar su tratamiento de rehabilitación de manera correcta.

Mientras la familia o el adicto buscan información sobre lugares para rehabilitación, la dependencia física y psicológica de la persona van jugando en contra en esta fase, ya que comienzan a manifestarse ciertas excusas inconscientes por parte del adicto, provocadas por un deseo inconsciente de consumir.

Estas excusas se suelen manifestar en forma de manipulación, planteando a los familiares que efectivamente quiere internarse pero idealmente después de alguna fecha en particular (por lo general son fechas familiares importantes o festividades).

La ex pareja de Carlos encontró un centro que estaba dentro del presupuesto de sus ex suegros. Asistieron todos a una entrevista el día 10 de diciembre para conocer más sobre el proceso. En el centro le sugirieron a Carlos internarse de inmediato por el riesgo de posible vuelta al consumo, pero él manifestó deseos de internarse una vez que pasara navidad y año nuevo con su familia para despedirse de ellos como corresponde y recuperar parte del "tiempo perdido". Se acordó entonces que el 1º de enero se internaría.

Fig.22: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

No todas las personas que sufren de adicción vivirán las fases de aceptación ni el curso del trastorno adictivo de la misma manera, por lo tanto hay personas que no presentarán la manifestación de estas excusas para aplazar su internación; sin embargo, en los casos en que esto si ocurre, por lo general termina luego de una vuelta al consumo: la despedida previa a la internación.

Y es que el cerebro del adicto tiene un funcionamiento muy difícil de comprender para quien no lo vive ya que se le ve comprometido con iniciar un tratamiento, dejar las drogas y se comporta adecuadamente en casa, pero de la noche a la mañana sin que nadie entienda cómo, se encuentra consumiendo otra vez bajo la excusa de que será la última vez, de que es la despedida de esa vida negativa antes de dejar todo eso atrás.

Esta *despedida* puede durar uno o varios días, y acontecer en la fecha en particular que el adicto utilizó para aplazar su internación (o antes). Por lo general cuando ocurre este episodio se adelanta el día de la internación principalmente debido al arrepentimiento y la culpa del día siguiente, sumado a la decepción y rabia de la familia.

Es importante mencionar que esta *despedida* no ocurre en todos los casos, y su presencia o ausencia no es indicador de mayor o menor gravedad en la enfermedad.

Finalmente viene la cuarta fase de este proceso de aceptación: ingresar a un programa de rehabilitación (puede ser residencial o ambulatorio dependiendo de cada caso).

El día 23 de diciembre Carlos comenzó a consumir alcohol durante la tarde y ya cerca de las 21 hrs. decidió escaparse de su casa y consumir cocaína. Vendió un par de pertenencias de su madre y pasó la noche en la calle, consumiendo.

Regresó a su casa la mañana siguiente, sintiéndose fracasado, culpable y decepcionado de sí mismo. Su familia lo había buscado durante toda la noche preocupados porque le fuera a pasar algo. Luego de una conversación familiar se decidió que lo mejor era internarlo ese mismo día. Se llamó al centro y se coordinó todo para que ese 24 de diciembre en la tarde pudiera ingresar, y así se hizo.

Fig.23: Caso Clínico, continuación

Este es posiblemente el momento que presenta la mayor variedad de emociones para cada uno de los involucrados: por una parte la familia se siente esperanzada pero con temor, ansiosa pero tranquila, con rabia pero también tristeza, una mezcla muy

La Realidad de la Adicción

grande de emociones y pensamientos; y el adicto siente temor, vergüenza, incertidumbre, culpa, rabia, cargo de consciencia, y una larga lista de sensaciones que varía de persona a persona.

Es este momento el que definitivamente marca un antes y un después en la enfermedad de la adicción. Si bien no todas las personas que ingresan a tratamiento se rehabilitan o algunas necesitan pasar por varios tratamientos a lo largo de su vida para poder lograr la rehabilitación; el momento de la internación es sin duda alguna el inicio de un proceso que si se cumple como se debe, cambiará por completo la vida tanto del adicto como de su familia.

A veces necesitas perderlo todo para poder volver a renacer, tal cual como ocurre con el Ave Fénix.

El Proceso de Rehabilitación

El dolor familiar, la preocupación, la culpa, el arrepentimiento, y a veces hasta las pocas ganas de vivir cambian de rumbo una vez que se inicia un proceso de rehabilitación, sin embargo esto no implica que todo lo ocurrido en el pasado desaparecerá y que el sufrimiento se irá de la noche a la mañana, sino que tal como el nombre del capítulo lo indica es un *proceso* que implica varias fases, altos y bajos, momentos alegres y momentos dolorosos, y sin duda alguna, toda una carga energética de esperanza tanto para el adicto como para su familia.

El momento del ingreso al centro significa para todas las partes involucradas un cúmulo de emociones y sensaciones que juntas, no las habían experimentado con anterioridad: se siente esperanza y temor al mismo tiempo, alegría e incertidumbre, amor y rabia; y desde el momento exacto en el que la persona se instala en el que será su nuevo hogar, comienza una travesía de

La Realidad de la Adicción

conocimiento personal, crecimiento, maduración y cambio.

El proceso inicial en la rehabilitación implica tres aristas que rara vez una persona en rehabilitación no experimenta: la adaptación, la recriminación – culpa, y el síndrome de abstinencia.

Lo primero a lo que se ve enfrentado el adicto cuando se interna es la adaptación: conocer gente nueva que se encuentra atravesando por lo mismo, aprender nuevas normas y reglas de convivencia, aprender a comunicar lo que siente, lo que le genera conflicto y lo que piensa. Sin duda, una experiencia completamente nueva y alejada de lo que estaba acostumbrado a vivir.

Esta adaptación por lo general se logra en su totalidad durante las primeras dos semanas, y luego de eso la persona ya se siente cómodo y en casa: ha entendido que su nuevo hogar es el centro de rehabilitación en el que se ha internado, que sus compañeros de tratamiento son sus nuevos hermanos, comparten el mismo dolor y sus objetivos van en la misma dirección, que sus terapeutas son sus guías en este largo proceso y que con esfuerzo lograrán salir adelante.

La segunda parte de este proceso inicial es el sentimiento de culpa y recriminación que se vive de manera intensa durante el primer mes de tratamiento y es cuando el adicto en rehabilitación

necesita más contención, ya que como viene con sus emociones congeladas por el consumo y en ausencia de la droga comienzan a aparecer todos estos sentimientos, si no recibe la contención adecuada pueden ser un factor de posible abandono ya que al no querer experimentar dolor buscan de manera inconsciente encontrar refugio en la droga: mecanismo inconsciente conocido terapéuticamente como evasión.

Con la internación iniciada el 24 de diciembre, la familia de Carlos se sentía esperanzada pero con mucho temor a que él fuera a abandonar su proceso. Carlos por su parte luego de una semana ya se sentía cómodo: se llevaba bien con sus compañeros ya que había varias personas con quienes compartía intereses musicales, dormía bien con la medicación que le había prescrito el médico psiquiatra, y ya estaba participando en las terapias, sin embargo desde el segundo día de su internación comenzó a experimentar una culpa inmensa, con origen principalmente en todo lo que había hecho y a lo que había llegado, pero además aumentada por la fecha: era el día de navidad y él no estaba con su familia.

Fig.24: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

Esta sensación de culpa y recriminación se va trabajando en el conjunto de las terapias psicológicas individuales, del aprendizaje sobre la adicción como enfermedad, y de las terapias grupales que entregan orientación y contención por parte del terapeuta en adicciones y de los mismos adictos que ya han atravesado ese proceso y ayudan a sus nuevos compañeros a integrarse en el proceso de manera adecuada dejando atrás las culpas y abriendo paso al nuevo horizonte que les espera luego de la rehabilitación.

Ya la última parte del proceso inicial dice relación con el síndrome de abstinencia que, si bien se plantea como algo que suele ocurrir en el inicio del tratamiento eso no significa que no se pueda presentar durante los meses posteriores, pero es bastante habitual que cuando la persona recién ingresa al centro, está sin consumo por primera vez en mucho tiempo y su cuerpo comienza a desintoxicarse, se produzca este tan característico síndrome que consiste principalmente en sintomatología física provocada por mecanismos inconscientes que le piden a la persona que consuma la sustancia ya que su cuerpo cree necesitarla.

Los síntomas del síndrome de abstinencia no son iguales para todas las sustancias ni para todas las personas, y no necesariamente se presentan

todos, pero a grandes rasgos incluyen a nivel físico: dolores estomacales, vómitos, temblores en extremidades superiores, sudoración y dolores de cabeza entre otros; y a nivel psicológico: deseos de consumo y de abandono, irritabilidad, conductas impulsivas, intentos desesperados por manipular a sus terapeutas y a la familia, y en casos más graves o con patología dual, conductas auto lesivas, entre otras.

El síndrome de abstinencia se maneja a nivel físico con medicación SOS administrada por el médico psiquiatra (por lo general ansiolíticos que le permiten a la persona disminuir sus niveles de ansiedad y de atención hacia los síntomas para que vayan disminuyendo), y a nivel psicológico con terapias de intervención en crisis que pueden ser tanto individuales como grupales.

En su segunda semana Carlos experimentó en dos ocasiones episodios de síndrome de abstinencia, con dolores de cabeza, irritabilidad y deseos de consumo, los cuales comunicó de inmediato a sus terapeutas por el temor y la angustia que le provocaban, y de esa manera se le dio la contención necesaria para superarlos.

Fig.25: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

Usualmente, este síndrome se presenta en dos o tres oportunidades y luego la persona va adquiriendo herramientas y estrategias para identificar su inicio y así poder controlarlo de manera adecuada.

Es importante agregar que el hecho de que una persona presente o no este síndrome no es indicador de mayor o menor gravedad, ya que depende de varios factores tanto biológicos como psicológicos (patologías duales, manejo de la ansiedad, nivel de dependencia física, cantidad de sustancia ingerida, etc.).

Una vez ya superada esta etapa inicial del proceso de rehabilitación, cuando la adaptación se ha logrado, el síndrome de abstinencia ya no se presenta y la culpa y recriminación han disminuido (aunque se sigan trabajando en terapia psicológica individual), se pasa a la siguiente fase que es estrictamente necesaria para lograr un buen proceso, y esta etapa tiene que ver con la creación y fortalecimiento de la consciencia de enfermedad y la motivación al cambio.

En la mayoría de los contextos médicos es necesario que el paciente sepa y sea consciente de que está enfermo, conozca cómo funciona su enfermedad y cuáles son los mejores tratamientos, mecanismos, y cuidados que debe tener consigo mismo para poder mejorar y salir adelante.

Cuando no hay consciencia de enfermedad lo que domina los pensamientos y conductas de la persona es el autoengaño, y es tan grande que poco a poco les permite convencerse de que son capaces de mantenerse bien sin la necesidad de realizar grandes transformaciones. Particularmente en la enfermedad de la adicción los cambios (tanto a nivel psicológico como emocional, social y en la manera de vivir) son la piedra angular para una posible rehabilitación y mantención exitosa de la misma.

Si bien mientras pasaban los días Carlos absorbía información sobre su adicción aún no la percibía realmente como una enfermedad, y de hecho estaba convencido de que cuando él terminara su proceso podría volver a beber “socialmente”. A través de terapias grupales e individuales se fue logrando paulatinamente que Carlos entendiera que al ser la adicción una enfermedad no se puede escoger qué sustancia consumir y cuál no, sino que para poder mantenerse bien necesita dejar el consumo de todas las drogas (lícitas e ilícitas).

Fig.26: Caso Clínico, continuación

Así como algunas personas tardan un tiempo prudente (a veces más largo) en concientizar el

trastorno adictivo como una enfermedad, hay también quienes se internan justamente porque en consumo activo y gracias a todas las consecuencias negativas que tuvieron lograron entender que lo que les estaba ocurriendo no era normal y por lo tanto asumieron antes de internarse que padecían una enfermedad.

Lo importante de este punto es que esa consciencia (creada durante o antes del tratamiento) sea trabajada y fortalecida día a día para que la persona logre entender la importancia de cuidarse, no exponerse y cambiar gran parte de sus hábitos con el fin de mantener un estilo de vida sano y alejado de los riesgos.

Es en este punto también relevante que la persona disponga de una motivación al cambio que le permita trabajar diariamente en sí mismo. Si bien la motivación no es algo que simplemente aparezca con desearlo, sí puede ser fortalecida, sobre todo cuando la persona ve que sus esfuerzos están rindiendo frutos: al ver que la familia está tranquila, que poco a poco va recuperando su dignidad, que sus problemas se van solucionando, que no necesita de ninguna sustancia para ser feliz, etc.

Tanto la consciencia de enfermedad como la motivación son parte de los temas que se tratan en la terapia psicológica individual, y es esta terapia la que será explicada a continuación ya que se lleva a

cabo desde el inicio del tratamiento hasta finalizado el mismo, con una frecuencia semanal y abordando diversas temáticas (no sólo lo concerniente a la adicción).

En términos generales, la terapia psicológica individual comienza con la anamnesis o historia vital de la persona con el fin de poder conocerla de manera profunda y comprender por qué piensa, siente y actúa de la forma en que lo hace. Además, en esta evaluación se realiza también el cotejo de sintomatología con la que el paciente ingresa al tratamiento y se evalúa la existencia de trastornos duales como depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad entre otros.

La dinámica es sencilla: una terapia conversacional mediante la cual se indaga en distintos temas de interés para que el profesional pueda organizar un plan de trabajo (objetivos terapéuticos) que se llevarán a cabo durante el tratamiento del paciente. Estos objetivos van variando conforme avanza la terapia, sin embargo en el inicio suelen ser orientados al trabajo con el autoestima, la recriminación, la culpa, la consciencia de enfermedad, la motivación, síntomas ansiosos y depresivos, etc., y luego se avanza hacia otros temas que el paciente necesite trabajar como lo son el cierre de situaciones pasadas inconclusas, duelos, manejo de las emociones, resolución de

La Realidad de la Adicción

conflictos efectiva, asertividad, autoconocimiento, prevención de recaídas, factores protectores y de riesgo, etcétera.

Carlos participaba activamente en sus terapias individuales, cumplía con las tareas que se le asignaba, y si bien al principio ocultaba cierta información y manipulaba lo que decía para que no se percibiera tan grave, conforme avanzaba el tiempo fue notando que en realidad los beneficios eran para sí mismo, así que comenzó a ser bastante más honesto y a no ocultar información que pudiera afectar su terapia.

Fig.27: Caso Clínico, continuación

A nivel de terapia individual se realiza en ocasiones también sesiones familiares, en las que se incluye tanto al adicto en rehabilitación como a sus padres, hermanos, pareja, hijos y todo familiar que sea parte de la red de apoyo más cercana de la persona.

En estas sesiones lo que se busca es orientar a la familia sobre el proceso de rehabilitación, resolver dudas, hacerlos partícipes del cambio, recibir información sobre cómo perciben a su familiar dentro del tratamiento y qué cosas les

causan preocupación para así incluirlas dentro del trabajo terapéutico.

Si bien la terapia individual es importante ya que es el espacio que tiene la persona para trabajar sus temas más personales a un nivel profundo, una parte también importante del tratamiento se basa en el trabajo realizado en las terapias grupales.

Existe diversos tipos de terapias grupales utilizadas en los tratamientos de rehabilitación, y si bien hay varias que son transversales a cualquier centro, cada lugar tiene también su propia *mística* implementando o ajustando a la necesidad de los residentes algunas terapias complementarias.

Las terapias extraordinarias o complementarias son aquellas que si bien son obligatorias para los pacientes internos no resultan ser indispensables para una rehabilitación, sin embargo, cuando son implementadas, entregan grandes beneficios durante el proceso. Algunas de estas terapias son: talleres espirituales, reiki, yoga, fútbol, pintura, cocina, paseos recreacionales, cineterapia, meditación, etc.

Cada una de ellas entrega a la persona en tratamiento diversas herramientas y beneficios: mejor control emocional, distracción, conexión con su área espiritual, contención, relajación, descanso activo; se va trabajando habilidades ya existentes y también se descubre nuevas capacidades.

La Realidad de la Adicción

Al centrarnos en las terapias grupales que considero irremplazables, tenemos:

- I. Terapia exponencial: El residente manifiesta alguna dificultad en particular que desee compartir con el grupo y sus terapeutas con el fin de desahogarse y recibir apoyo, contención, y alternativas terapéuticas para manejar de mejor manera dicha dificultad. En esta terapia se incluye también la *historia de vida* que presenta cada residente en el momento de ingresar al centro, para darse a conocer ante sus compañeros y descargar todo el peso que traen psicológicamente.
- II. Terapia de orientación y refuerzo: En la cual a todos los residentes se les va nombrando los errores cometidos durante un período de tiempo dentro de tratamiento (usualmente una semana), y posteriormente se les da una orientación o ayuda para que concienticen sobre la importancia de modificar esas conductas (usualmente manifestadas en el período de consumo activo).
- III. Terapia de seminario: Donde un terapeuta desarrolla en formato exposición algún tema en particular que tenga directa relación con la rehabilitación (por ejemplo: daños causados por el alcohol, prevención de recaídas, el peligro de

- la culpa, etc.), y luego se realiza una ronda de preguntas para aclarar las dudas que pudieran haber quedado. En ocasiones, posterior a esta terapia, se realiza una serie de preguntas escritas para evaluar lo aprendido sobre el tema.
- IV. Terapia de filosofía: En la cual se interroga de manera oral a todos los residentes quienes deben semana a semana prepararse y memorizar, comprender y explicar los conceptos y temas que se les entrega al ingresar al centro en un texto conocido como “*Filosofía del centro*”, que explica no sólo el funcionamiento del lugar, sino que diversa información sobre el autoconocimiento y el proceso de rehabilitación.

Si bien existen muchas otras terapias grupales que se realizan constantemente, las expuestas anteriormente son las principales y ocupan gran parte del tiempo en rehabilitación puesto que se ejecutan de forma semanal y esto va calando hondo en el inconsciente de la persona en tratamiento.

Durante toda la semana la persona participa en todas estas terapias (tanto en las obligatorias como en las complementarias) además de las terapias individuales psicológicas y psiquiátricas, por lo que el día a día dentro del centro va pasando de manera ordenada y planificada, sin embargo esto no implica necesariamente que no haya momentos destinados

La Realidad de la Adicción

al relajo, la distracción y el descanso que todo ser humano necesita en algún momento.

Se suele realizar al menos dos terapias diarias, pero en ocasiones se cambia el orden de las mismas o se planifica alguna actividad extra programática para que la persona no sienta que cae en una rutina estricta y poco flexible, sumado al hecho que el realizar panoramas llamativos y diferentes aumenta la motivación y el compromiso con el tratamiento.

La participación de Carlos en las terapias era bastante ajustada al promedio, participaba activamente haciendo preguntas, ayudando u orientando a sus compañeros, y si bien había momentos en que su estado de ánimo no era el mejor, por lo general no presentaba problemas al momento de cumplir con sus obligaciones dentro del centro. Se levantaba todos los días a su hora, cumplía con sus quehaceres, se sentía cada día más motivado y feliz al poder disfrutar su día de manera adecuada, además ya había retomado la relación con su pareja quien lo visitaba constantemente, y durante los fines de semana pasaba tiempo con su familia disfrutando de conversaciones que en consumo activo jamás tuvo.

Fig.28: Caso Clínico, continuación

En la mayoría de los casos los primeros tres meses de tratamiento son bastante buenos, con una participación adecuada y cambios notorios, y es esto justamente lo que provoca el que yo llamo *síndrome del tercer mes*, donde el residente se siente tan bien que piensa y se convence de que ya está listo para retomar su vida, que ya aprendió la lección y que conoce todo lo que necesita sobre su enfermedad para poder cuidarse por sí mismo.

¿Y que ocurre si no se presta atención a este *síndrome*? El adicto manipulará a su familia para que le encuentren razón y avalen su abandono del tratamiento. Cuando esto ocurre el panorama es desolador, puesto que al no haberse generado aún la neuroadaptación de los cambios (para lo cual se necesita un tiempo que va desde los 6 – 8 meses a un año) lo estadísticamente más probable es que al cabo de unas semanas, el adicto vuelva al consumo y este pudiera ser incluso peor que la vez anterior.

En ocasiones la persona le dice a su familia de manera directa que ya se siente bien y que quiere salir para retomar su vida, pero cuando la familia se encuentra más fortalecida y se empodera para decir “NO”, el adicto busca la forma de manipular para poder volver a su casa. Usualmente esto se resume a comentarios como: “ya aprendí todo lo que necesitaba saber, ahora sólo debo salir para ponerlo en práctica”, “me tratan mal, me gritan y me siento

humillado”, “estás pagándome un tratamiento para que me hagan hacer aseo”, “paso hambre y frío”, etc.

Este *síndrome del tercer mes* es en realidad un mecanismo inconsciente provocado por la misma adicción, y tiene como objetivo lograr el abandono del lugar de rehabilitación para volver al consumo. Es, en el fondo, el cerebro adicto buscando la manera de conseguir la droga para conseguir la liberación de dopamina.

Los avances de Carlos eran tan notorios que comenzó a aparecer esta falsa confianza que le hacía creer que ya estaba preparado para enfrentar su vida fuera del centro.

Le conversó de esto a su familia quienes casi creyeron que era buena idea que volviera a casa ya que ellos también lo veían bien y estable, pero no quisieron equivocarse así que tomaron la mejor decisión: llamar al centro e informar sobre lo que Carlos estaba planteando.

Así se pudo abordar terapéuticamente con él esta situación, desenmascarar los deseos inconscientes de consumo y trabajarlos para que no siguieran avanzando provocando una recaída o abandono de su proceso de rehabilitación.

Fig.29: Caso Clínico, continuación

Como se mencionó anteriormente, existe dos caminos a seguir cuando se presenta este mecanismo inconsciente: permitir que la persona abandone, o abordar terapéuticamente la situación. Si la persona abandona la recaída es inminente. En el caso contrario, el abordaje terapéutico implica entregar contención tanto al residente como a su familia para que entiendan los riesgos de un posible abandono, además de trabajar con los deseos inconscientes de consumo y encausar a la persona nuevamente por el camino de la rehabilitación para que continúe su proceso obteniendo resultados positivos.

La posibilidad de recaída es un riesgo constante, no sólo presente ante los deseos de abandono y de falsa confianza presentados durante el tercer mes, sino que es una posibilidad durante todo el proceso de rehabilitación, sobre todo en los momentos que la persona pasa fuera del centro.

En este contexto, una vez que el residente ha cumplido un mes en tratamiento se implementa la terapia de *salida de pase*, que implica poder pasar los fines de semana en casa de un familiar responsable (padres, tíos, pareja, hermanos, etc.), pero esta terapia tiene también sus reglas (no puede estar solo, no puede manejar dinero, no puede conducir y debe seguir cumpliendo las normas del

centro) y objetivos, que principalmente radican en un acercamiento parcial a la reinserción social que deberá enfrentar en el momento del término de su proceso.

Esta terapia en particular es muy importante no sólo por implicar un contacto con la vida real a la que se volverá luego del tratamiento, sino que porque dentro de un proceso de rehabilitación las recaídas son una posibilidad que no se puede evitar ya que como se ha mencionado en varias ocasiones a lo largo de este libro, la adicción es una enfermedad que nada tiene que ver con la voluntad y los deseos de mantenerse abstinentes, y por lo tanto, particularmente en las salidas de pase es cuando se presentan la mayoría de las recaídas que ocurren en los contextos de rehabilitación.

Si bien existen posibilidades de recaer durante el proceso, esto no implica necesariamente que todo adicto en rehabilitación vaya a recaer: esto va a depender de cómo se trabaje la curva de la recaída que se presenta previa al acto mismo del consumo de la sustancia.

La recaída en consumo es el último paso de una curva que inicia con lo que llamamos *recaída conductual*, la cual implica volver a manifestar hábitos y costumbres que se mantenían en el período de consumo activo. Una persona que en su tratamiento ha modificado varias conductas pero

que de un momento a otro vuelve a manipular, aislarse, mentir y ser irresponsable (entre otras actitudes), probablemente se encuentre en la fase de recaída conductual, y si esta no es arremetida con rapidez y eficacia, más temprano que tarde provocará una vuelta al consumo que difícilmente se podrá detener (y que pudiera dejar a la persona en ese estado durante mucho tiempo sin intenciones de volver a rehabilitarse).

Como en todo en esta vida, no es menester que esto ocurra a todas las personas que ingresan a rehabilitación: hay adictos que se rehabilitan sin haber experimentado ningún tipo de recaída, pero es importante tenerlo en consideración para estar atentos y actuar con rapidez en caso de ser necesario.

En el mismo período en que Carlos pensaba que ya estaba listo para salir del centro y que esto se trabajó con su familia y terapeutas, Carlos comenzó a presentar una serie de actitudes que avanzaban lentamente hacia una recaída: mentía, manipulaba y se aislaba. Esto también fue trabajado a tiempo y se evitó así que su recaída conductual avanzara hacia una vuelta al consumo.

Fig.30: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

De cualquier forma, si ocurre una recaída durante el tratamiento, de aquella experiencia se puede extraer muchos aprendizajes que servirán para fortalecer aún más el proceso de rehabilitación; en caso contrario si no se presenta ninguna recaída, pues mucho mejor ya que tanto el residente como su familia se ahorrarán atravesar por un difícil momento colmado de angustia, culpas y malestar.

Una vez superado el *síndrome del tercer mes* con presencia o no de una recaída, el nivel de consciencia de enfermedad y de compromiso del adicto se ven favorablemente aumentados y esto se manifiesta, entre otras cosas, en la voluntad de permanecer en tratamiento durante “el tiempo que sea necesario”. Esto es algo que verbalizan algunos desde su primer mes, otros luego de pasar este síndrome, y en algunos casos se manifiesta tras una recaída. En cualquier caso, es un indicador de compromiso y permite que los meses que quedan de tratamiento sean absorbidos de una manera mucho más intensa.

En este contexto de compromiso y motivación, a medida que va avanzando el proceso los residentes van desarrollando su capacidad de empatía y apoyo hacia otras personas que llegan al centro en iguales o peores condiciones que ellos al ingresar, y comprenden la importancia del “*me ayudo ayudando*”. Y es que llegado un punto en el

tratamiento cuando la persona ha adquirido conocimientos sobre su enfermedad, entiende lo difícil que es iniciar el proceso y ha comprobado por sí mismo que es posible salir adelante con buenos resultados, desea transmitir todo esto a los compañeros nuevos que vienen recién integrándose al centro. Además, conforme avanzan los meses en el proceso, cada residente va quemando etapas y trabajando distintos temas asociados a cada *escalón* de este tratamiento, siendo los últimos escalones los que más promueven la empatía y el trabajo en equipo.

Contrario a sus actitudes en los últimos años, Carlos se dio cuenta de que tenía una gran capacidad para escuchar y apoyar a personas que estuvieran pasando un mal momento, así que poco a poco puso en práctica esto acogiendo a los compañeros que venían ingresando al centro: les contaba su experiencia, les demostraba con su forma de expresarse, vestir, comportarse y relacionarse con su familia, que la modificación es algo que con esfuerzo y trabajo se logra. Les transmitía parte de su motivación y compromiso para que aprovecharan al máximo su tratamiento.

Fig.31: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

Finalmente luego de todo lo descrito en este capítulo y ya prácticamente en los últimos meses de tratamiento, habiendo superado los momentos de síndrome de abstinencia, la rabia, la culpa, habiendo recuperado la tranquilidad familiar y sintiéndose feliz y conforme con los cambios obtenidos, llega el instante en que el adicto por fin puede sentir que se ha perdonado por todos los errores cometido: logra dejar atrás el pasado, vivir y disfrutar su presente para construir un futuro lleno de éxito y alegrías, disfrutando y valorando su vida, a la familia y a las personas que le rodean.

Los procesos más difíciles son los que más se valoran: Mientras más te cueste lograr un objetivo, más disfrutarás el resultado.

Los Cambios en el Adicto

Durante todo el proceso de rehabilitación sea residencial o ambulatorio, se van generando en el adicto en tratamiento una serie de modificaciones tanto conductuales como en la manera de sentir y pensar, que en un inicio pueden parecer muy extremas sobre todo para la familia ya que vienen acostumbrados a ver a su familiar como una persona muy distinta a lo que en algún momento de su vida fue, y tanto la ilusión como la expectativa hacen que estos cambios sean percibidos de forma mucho más intensa que lo que el mismo adicto puede apreciar.

Si bien no hay una lista que indique cuál es el orden en el que se van presentando estos cambios (puesto que todas las personas son diferentes y viven sus procesos de forma distinta), si se puede distinguir en base a la experiencia clínica que hay transformaciones que se presentan antes que otras, y en función de eso es que se presentará algunas de las modificaciones más importantes, expuestas en

una línea temporal que generalmente se ve en los centros de rehabilitación residenciales.

El primer cambio que ocurre durante el proceso de manera indiscutible e insustituible, es el que concierne al aspecto físico de la persona. Si bien no todos llegan en las mismas condiciones, se suele ver a personas que ingresan a rehabilitación estando bajo peso, demacrados y con su presentación e higiene personal bastante descuidadas, pero conforme avanzan los días en abstinencia, con una alimentación adecuada y teniendo un descanso reparador por las noches, el rostro de la persona comienza a manifestar los primeros cambios: desaparecen las ojeras, cambia el color de la cara, comienzan a subir de peso y a tener más energía. En ocasiones, hasta se presentan cambios en el tipo de piel (de seca a normal) y de cabello (de opaco a brillante).

Esto ocurre debido a que la persona mantenía un estilo de vida que no favorecía a su salud: durmiendo poco o nada, sin alimentarse como correspondía, poco preocupado de darse una ducha o de mantener su barba afeitada. Se encontraba básicamente pendiente sólo de conseguir droga y consumirla.

Al ingresar a un centro y aceptar las normas impuestas, la persona comienza a dormir las 8 horas que su cuerpo necesita, a alimentarse como

mínimo tres veces en el día, a mantener su higiene y presentación personal como cualquier ser humano, y al estar evidentemente sin consumo, su cuerpo comienza a recuperar nutrientes, flora intestinal, sistema inmunológico, etc. Esto permite que al cabo de 10 o 15 días cuando la familia asiste a visitarlo, se encuentren con una persona totalmente diferente en aspecto físico a la que internaron, y por mínimo que sea, esto provoca gran ilusión en la familia quienes manifiestan sus deseos de lograr el objetivo que se propusieron todos al iniciar este camino de la rehabilitación.

Previo a la internación de Carlos él había vivido varias situaciones complejas: peleas callejeras, dormir en la calle, ya no comía ni se duchaba, sin embargo pasados 15 días cuando su familia acudió a visitarlo, encontraron a un Carlos totalmente distinto, y no sólo fue el cambio en sus aspecto físico lo que les impactó, sino que también estaba mucho más conversador, interesado en lo que su familia le contaba y preocupado por cómo se sentían. Este impacto en su familia fue positivo, y se fueron de la visita esperanzados y con deseos de ver más cambio en el futuro.

Fig.32: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

Como se evidencia en el caso de Carlos, los cambios en el aspecto físico vienen acompañados de una importante modificación en la forma de expresarse. Previo a la internación la comunicación con la familia era escasa o nula, además de haber adquirido durante el tiempo en consumo activo una serie de modismos y jerga callejera que no eran propios de su persona pero que necesitaron en ese momento para enfrentar el ambiente en el que estaban insertos.

Producto del consumo y todas las conductas que esto implica, la persona solía aislarse para no ser descubierto o no involucrar a su familia en todo el tema de la adicción: llegaba a su casa y se encerraba en su habitación sin conversar con nadie o simplemente volvía a casa en horarios en los que ya todos dormían para así evitar cualquier tipo de pregunta. Ocurría también que el adicto prefería no asistir a eventos familiares ya sea por vergüenza, incomodidad, desinterés o porque era más llamativo el estar consumiendo en otros contextos.

Esto muchas veces provocaba complicaciones a nivel familiar, ya que a veces se ausentaban del cumpleaños de sus hijos o padres, no cumplían con obligaciones y en muchas ocasiones ni se enteraban de problemáticas que estaban ocurriendo en la familia (temas económicos o enfermedades) ya que cualquier acercamiento por parte de sus familiares

para conversar era recibido como una *invasión a la privacidad* o un *ataque*, y por consiguiente el adicto se ponía a la defensiva dando nulo espacio para la comunicación. Además de lo anterior, para poder ser aceptado o no correr – más – riesgos en el ambiente callejero, el adicto comienza a utilizar jerga que incluye muchos garabatos, modismos y gesticulación.

Todos estos problemas en la comunicación y mala forma de expresarse sufren modificaciones importantes y muy notorias durante las primeras semanas de tratamiento: el adicto comienza a valorar a su familia razón por la cual muestra preocupación, interés, deseos de participar, escuchar y ser escuchado en el ambiente familiar, y vuelve poco a poco a expresarse de manera correcta, sin garabatos ni gesticulaciones agresivas, acercándose cada vez más a la persona que era antes de desarrollar todo este trastorno adictivo.

Estas dos modificaciones que se dan de manera casi inmediata en el inicio de la rehabilitación (cambios físicos y en la forma de expresarse) son posiblemente los más notorios por parte de la familia y entorno cercano del adicto, ya que las transformaciones que se generan en adelante no es posible percibir las a través de la observación ya que son mucho más profundas y calan en la forma de pensar y sentir de la persona.

La Realidad de la Adicción

Dentro de esta órbita de cambios profundos, entre el primer y tercer mes de tratamiento ya se va produciendo una estabilización emocional que implica no sólo la sensación de tranquilidad tan anhelada por la persona en rehabilitación, sino que poco a poco va reaprendiendo a reconocer sus emociones y a expresar adecuadamente sus afectos.

Como se mencionó en otros capítulos, durante el período de consumo activo se produce un congelamiento emocional ante lo cual se ven afectadas las áreas del cerebro que tienen que ver con las emociones, por lo que al inicio del tratamiento y con el cese del consumo, el adicto se ve inundado por una serie de sentimientos, emociones y afectos que no sabe cómo manejar. Esto se va trabajando en las terapias psicológicas individuales y también en las orientaciones de grupo hasta conseguir que la persona sea capaz de en primer lugar, reconocer qué está sintiendo, qué está causando esa sensación y cómo expresarlo y manejarlo de manera asertiva y adecuada.

Llega un punto en el que la persona vuelve a ser capaz de entender lo que siente, comunicarlo si es necesario, y trabajarlo para no verse afectado por emociones que son comunes y que difícilmente podrá evadir en su vuelta a la vida cotidiana, como lo son la rabia, frustración, tristeza, euforia, melancolía, etc.

El ser capaces de expresar las emociones adecuadamente es algo que también notan los familiares y que en un principio les parece algo chocante debido a la poca costumbre que tienen de conversar sobre temas sentimentales con su familiar, pero con el tiempo se van acostumbrando hasta que llega a ser algo completamente natural y se le deja de prestar atención.

Cuando la pareja de Carlos decidió darle una nueva oportunidad y retomar la relación, ella había olvidado que Carlos fue en algún momento una persona sumamente sensible, y se vio muy sorprendida cuando recibió una carta que Carlos le había escrito, donde le expresaba todo el amor que sentía por ella, los deseos de continuar una vida juntos y esforzarse por resolver cualquier conflicto que pudieran tener para que así llegasen a formar la familia que siempre habían planeado tener.

Fig.33: Caso Clínico, continuación

Todo lo que tiene que ver con las emociones llega a ser posible gracias a la disminución que se va dando en el sentimiento de culpa con el cual llega el adicto al tratamiento. Inicia sintiendo mucha rabia, recriminación y tristeza por haber llegado hasta este

punto, se arrepiente por no haber sido capaz de pedir ayuda antes y por no haber disfrutado a su familia como debía. Una vez que ha entendido que la adicción es una enfermedad y que el cambio y la mejoría son una posibilidad real, van disminuyendo todos estos sentimientos que en un principio le imposibilitaban disfrutar y sentirse realmente feliz.

Tanto el reconocimiento y la expresión de las emociones como el cese de la culpa son cambios que van ocurriendo simultáneamente con el aumento en la valoración de la familia, y es que la persona durante el período de consumo activo parecía que dejó de sentir amor, compasión, preocupación y empatía por su familia ya que sus conductas adictivas lo llevaban a comportarse de forma muy diferente a lo que solía ser.

Es común escuchar a familiares decir que su hijo, sobrino o pareja, ya no son la persona que ellos conocían; suelen describir su forma de ser anterior como seres alegres, preocupados y amorosos que de la noche a la mañana se transformaron en personas crueles, despreocupadas, y poco empáticas. El recuperar la valoración de las cosas, de la vida y de la familia es uno de los cambios más significativos en la rehabilitación de un adicto.

El despertar cada mañana, mirar por su ventana y sentirse agradecidos por poder respirar, caminar, ver los colores del cielo y los árboles, y al

hablar con su familia saber que están bien, tranquilos, contentos y esperanzados los llena de emoción y les va poco a poco eliminando las culpas y recriminaciones, hasta el punto en que no son capaces de imaginarse una vida sin sus seres queridos y por lo tanto, se motivan más a mantenerse fuera del mundo de las drogas.

Todos estos cambios en sentimientos y en formas de percibir tanto la vida como a la familia son sólo la *punta del iceberg* de todo lo que hemos visto que se va modificando. Dentro de otra área distinta a la emocional, tenemos todos los cambios a nivel intelectual, y es que aquí entra el aprendizaje teórico, las habilidades y la forma de pensar que les permiten enfrentar el mundo de una forma completamente distinta a la vida que solían llevar tanto antes del consumo, como en su peor momento de la adicción.

Mientras más se va integrando al tratamiento, la persona va adquiriendo y aumentando su conocimiento teórico respecto a la enfermedad que padece, y en este sentido no sólo aprende la neurobiología básica de la adicción (vista en el primer capítulo), sino que logra conceptualizar lo que es la personalidad, el temperamento, el carácter y sus capacidades asociadas, los talentos, entre una gran gama de información que se les imparte de manera terapéutica con el fin de que puedan poner

todo en práctica cuando retomen su vida fuera del centro.

Existe un tipo de actividad dentro del proceso de rehabilitación en la cual a cada persona se le asigna un tema que esté directamente asociado a sus propias dificultades y características que debe trabajar (por ejemplo: manejo de la ira, comunicación efectiva, cómo utilizar el tiempo de ocio, etc.), para que lo desarrolle realizando una tarea investigativa en la que debe no sólo conocer el tema y aprenderlo, sino que luego debe exponerlo a sus compañeros para que todos se vayan nutriendo de esta información.

Es en este contexto en el cual muchas personas en rehabilitación se dan cuenta de que tienen varias habilidades que no habían tenido oportunidad de desarrollar: algunos notan que son muy buenos exponiendo ante un grupo, otros se dan cuenta de que la investigación de temas es lo suyo, que el área computacional se les da muy bien, que tienen un liderazgo innato para hacer participar a las personas, que son capaces de escuchar y dar buenos consejos, entre otras.

Estas nuevas habilidades que se descubren en el tratamiento son constantemente monitoreadas y reforzadas por los terapeutas para que cada persona sea capaz de salir de su tratamiento no sólo rehabilitado, sino que además teniendo consciencia

plena de sus virtudes, fortalezas, habilidades y capacidades que de una u otra forma podrán ser utilizadas como un factor protector una vez reinsertos en sociedad.

Como Carlos no terminó sus estudios superiores y se dedicó a trabajar en un área que requería sus habilidades manuales no se había percatado de la facilidad que tenía para exponer información ante un grupo, incluso se sentía inseguro de esto pero luego de dos exposiciones notó que se le daba muy bien, que su forma de explicar era asertiva y que además era un muy buen líder ya que iniciaba sus exposiciones con dinámicas divertidas para que todos sus compañeros botaran la tensión y se concentraran bien en la información que se les iba a entregar. Carlos jamás pensó que podría realizar una actividad como las que estaba haciendo en el centro, y se sentía muy feliz y orgulloso de sí mismo.

Fig.34: Caso Clínico, continuación

Por otra parte, anexo a las habilidades nuevas que se van descubriendo es de suma importancia potenciar y reforzar las capacidades que la persona ya trae y que considera su fuerte, y ese es otro de los

cambios que se ven en la persona cuando han terminado sus procesos: capacidades que ya tenían y que habían dejado en el baúl de los recuerdos, vuelven a salir a la luz siendo potenciadas y trabajadas. Estas capacidades existentes que se potencian no sólo abarcan el área intelectual, sino que también lo manual, artístico, social y musical, eso va a depender de cada persona.

Otra de las modificaciones que deja huella en la historia de la persona es el desarrollo de la empatía (que entenderemos como la capacidad de ponerse en el lugar del otro), ya que de esta manera el adicto en rehabilitación logra sentir y comprender lo que significaba estar en el lugar de su familia cuando él se encontraba en su peor período.

El desarrollo de la empatía puede ser un poco abrumador en un comienzo debido a que al comprender cómo su familia se sentía vuelve a manifestarse la culpa, y si bien a estas alturas ya se vive y trabaja de otra manera, es gracias a la empatía que la persona logra modificar algunas conductas y actitudes que van quedando pendientes ya cerca de finalizar su proceso.

Tenemos también una serie de cambios con un trabajo intensivo que se va realizando durante todo el tratamiento (desde pasados los primeros 10 días hasta el último mes), que tiene que ver con lo que en rehabilitación llamamos las ocho *capacidades del*

carácter. Entenderemos el carácter como un componente de nuestra personalidad que se forja a través de las experiencias que adquirimos durante nuestra vida, y que además se subdivide en ocho capacidades, cada una de las cuales tiene su vertiente positiva (sana o socialmente esperable), y la negativa (patológica o socialmente inaceptable).

Estas ocho capacidades¹ son: confianza, autonomía, iniciativa, industriosisdad, identidad, compromiso, generatividad y trascendencia; se van trabajando en cada etapa del proceso dando énfasis a la creación, fortalecimiento y mantención de cada una de ellas para que al finalizar el proceso veamos a una persona con confianza en sí mismo, autónomo y capaz de tomar sus propias decisiones sin depender de nada ni nadie, colaborativo y comprometido con su entorno, que desarrolla sus actividades de manera altruista y que ante las dificultades es capaz de mantener la calma y solucionar los problemas con asertividad.

Durante todo el proceso de tratamiento se va elaborando metas y objetivos a corto plazo que la persona debe ir trabajando para cumplir progresivamente. Con corto plazo me refiero exactamente a metas que no impliquen una proyección futura asociada a lo laboral o a temáticas que no se puedan atender en la inmediatez del

¹ Definición de cada capacidad en el glosario.

tratamiento ya que la proyección de futuro implica una distracción del proceso que se vive en la actualidad. Es por esto que llegado cierto punto se comienza a trabajar en el plan de salida, y este plan incluye la creación de metas y objetivos a mediano y largo plazo, los cuales tienen que ver con todo lo que respecta a la reinserción social.

Entonces, pasamos de tener a una persona que estaba ahogada en el mundo de las drogas sin ninguna proyección futura, a una persona que tiene planes laborales, familiares y personales, que trabaja día a día para conseguirlos de manera honesta y sin volver a fallarse a sí mismo o a sus seres queridos.

Todos los cambios mencionados en este capítulo son los que se logran a través de un proceso de rehabilitación realizado con total compromiso y esmero, siguiendo todas las reglas, terapias y orientaciones que se dan durante el período de tiempo esperable, sin embargo estamos hablando de seres humanos lo que implica que no serán personas perfectas que nunca se equivoquen, muy por el contrario: cometerán errores, experimentarán rabia, tendrán problemas, pero la gran diferencia es que tendrán herramientas y mecanismos terapéuticos para resolver las dificultades de manera adecuada y sin tener que recurrir al consumo de ninguna sustancia.

Es importante considerar que para que los cambios y modificaciones se mantengan a través de los años, la persona debe a lo menos estar durante 24 meses comportándose y viviendo de la misma manera en que lo hacía durante su tratamiento (siendo honesto, ordenado, responsable, trabajador, respetuoso, etc.), de esta manera se logrará la neuroadaptación de los cambios (que el cerebro y sus neuronas se habitúen a funcionar de esta manera) y así la probabilidad de éxito futuro irá aumentando con el paso de cada día.

Sin cambios no hay progreso, eso ha sido así desde que el mundo existe. Si tú cambias, tu vida y tu entorno progresarán contigo.

Los Cambios en la Familia

La familia. Bendito regalo que se nos da a la gran mayoría en el momento de nacer. Los seres que nos acompañan durante toda nuestra vida tanto en los buenos como en los malos momentos. Compuesta por padres, hermanos, tíos, primos, abuelos, pareja e hijos; todos ellos se ven afectados cuando un miembro de la familia sufre de una adicción.

Durante el período de consumo activo, cada miembro del núcleo familiar cercano experimenta variadas emociones como la rabia, tristeza, culpa entre otras, que lamentablemente no desaparecen con el sólo hecho de que el adicto se interne o inicie alguna clase de tratamiento, muy por el contrario, en las primeras etapas es cuando la familia siente mayor desconfianza e inseguridad puesto que nada les asegura el éxito con respecto a este gran paso que se ha tomado.

Y es que la desconfianza es algo sumamente habitual ya que como familiares vivieron durante

La Realidad de la Adicción

mucho tiempo siendo engañados y manipulados, por ello se les hace muy difícil creer que eso cesará, y en muchos casos hasta que ha pasado un tiempo no le creen a la persona que realmente quiera rehabilitarse y que vaya a lograr salir adelante.

Si bien existe esperanza, ilusión y deseos de que el adicto pueda encontrar el camino correcto para su vida, el temor cobra gran relevancia sobre todo cuando se habla de posibilidad de recaída, abandono, y de las dificultades habituales de un tratamiento.

Es muy probable que no exista familiar que no se haya sentido culpable por la adicción de su pariente, en mayor o menor grado, pero la sensación de culpa es algo que si está presente y que poco a poco se comienza a superar. En un inicio es común que se piense: *¿qué hice mal?, ¿por qué no estuve más con él?, ¿en qué fallé que ha ocurrido todo esto?* Estas preguntas y muchas otras asociadas no tienen realmente una respuesta que vaya a dejarlos conformes, pero a medida que avanza el tratamiento y la desconfianza y el temor van quedando atrás, también lo va haciendo la culpa, ya que los familiares logran entender que nada de lo que ellos hubiesen hecho o dejado de hacer habría cambiado la situación que se está viviendo.

Logran comprender que no han sido culpables

ni responsables por el consumo de su familiar, y que así como en algunas personas se produce diabetes, hipertensión u otras patologías, en el caso de su familia en particular se produjo en un miembro específico la enfermedad de la adicción, y esto hace que no sea en absoluto relevante la búsqueda de culpables o responsables.

¿Y por qué se produce un cambio respecto a la sensación de culpa? Porque se origina en la familia un cambio de paradigma que implica la aceptación de la adicción como una enfermedad. Logran entender que existen múltiples factores influyentes en el desarrollo de la misma, aprenden cómo actúa la droga en el cerebro, qué áreas se ven afectadas, cómo esto modifica la conducta del adicto, etc.

Cuando sale a la luz el gran problema con las drogas que Carlos tiene, es su hermano menor quien siente que carga toda la culpa puesto que se dejó manipular y accedió a cubrirle la espalda a su hermano para que saliera o volviera más tarde a casa. Después de varias semanas cuando logra entender que la adicción es una enfermedad, se da cuenta de que en realidad él no es responsable y mucho menos culpable.

Fig.35: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

Este cambio de paradigma que implica aceptar y comprender la adicción como una enfermedad es la piedra angular y el cambio más importante para que se pueda producir el resto de las modificaciones en la familia. Es muy importante entender que todo lo que han vivido es a causa de una enfermedad y que para mejorar se necesita tratamiento y apoyo hacia todos los integrantes de la familia y no sólo para quien consumía.

Respecto a la importancia del tratamiento y apoyo para todos los integrantes del núcleo familiar, este se vuelve indispensable entre otras razones, por la codependencia que se genera entre el adicto y uno o más miembros de la familia.

La codependencia es una condición psicológica que se da entre dos individuos, donde en este caso el adicto, depende emocionalmente de una persona en particular (usualmente un familiar que presenta características más pasivas en su personalidad), y esa persona por varios motivos siente que depende y necesita del adicto también.

Para el familiar que vive la codependencia es muy difícil soltar y comprender que está siendo víctima de un fenómeno psicológico y emocional que no le permite percibir correctamente la realidad de la relación, sin embargo en la medida que el tratamiento va avanzando es aquí donde se produce otro cambio familiar: logran entender el fenómeno

de la codependencia, gracias a ello son capaces de modificar esta forma inapropiada de relacionarse y de esta manera comienzan a experimentar nuevamente la independencia emocional que sin darse cuenta habían perdido durante el período de consumo activo de su familiar.

La forma en que se da origen a todo el aprendizaje teórico que también adquiere la familia y gracias al cual logran dejar atrás la culpa, desconfianza y codependencia, es a través de las terapias familiares (grupales e individuales) en las que se entrega todo lo necesario en cuanto a contención y a psicoeducación.

Los padres de Carlos se sentían solos, creían que cargaban con este problema por su cuenta y que nadie podría entender el sufrimiento que traían encima, pero en las terapias familiares grupales se encontraron con muchas personas que estaban pasando por lo mismo, y no sólo aumentaron su conocimiento teórico sobre diversos temas, también recibieron contención y apoyo tanto de terapeutas como de familiares igual que ellos pero que ya con más tiempo podían compartirles de primera fuente que el cambio es posible.

Fig.36: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

Las terapias familiares entregan conocimientos teóricos sobre la adicción, contención a nivel emocional tanto por los terapeutas como por otros familiares que han vivido el mismo proceso, y además permite que conforme avanza el tiempo vaya apareciendo la tan deseada tranquilidad que necesitan recuperar en sus vidas como núcleo familiar, siendo de esta forma posible una mejoría en todas las áreas que se vieron dañadas con esta enfermedad: emocional, mental, física, económica, relacional, etc.

Mientras la familia va sintiéndose más tranquila gracias a sus propias terapias y al ver los cambios en su pariente, se va desarrollando un nivel de fortaleza y de empoderamiento que muchas veces ya tenían como característica familiar pero que no habían notado producto del cansancio, estrés, ansiedad, temor y desconfianza que no les permitían notar todo lo que habían sido capaces de resistir y sobrellevar.

Esta fortaleza va acompañada de un empoderamiento familiar que se manifiesta en la capacidad de decir “NO” ante requerimientos y manipulaciones del adicto, cuando antes se accedía de manera casi inmediata tanto por el temor de perder el amor y la compañía de la persona (codependencia), como por la falta de herramientas y mecanismos que les ayudaran a maniobrar

adecuadamente la situación que se encontraban viviendo.

En este contexto familiar de aprendizaje y empoderamiento surge el concepto de *amor responsable* que se mencionó en capítulos anteriores pero que en este capítulo será explicado.

¿Cuántos familiares pensaron que si decían “NO” a los requerimientos del adicto entonces les estarían fallando?, ¿cuántos familiares estaban absolutamente convencidos de que el amor se demostraba a través del ceder constantemente y no cuestionar? Es posible que muchos se sientan identificados con este tipo de comportamientos y es que es muy común que se confunda el concepto de amor con “dar en el gusto, no cuestionar y apoyar incondicionalmente”.

El amor responsable tiene como base el hecho de que a veces debemos ser capaces de negarnos y tomar decisiones que apunten hacia el bienestar de la persona y no necesariamente a lo que esta desea; incluso si estas decisiones nos hacen sentir culpables producto de la reacción (usualmente manipuladora) del adicto.

Ya aproximadamente a los cinco meses de tratamiento tenemos a familiares completamente empoderados, valientes, que practican el concepto de amor responsable de manera constante (y no sólo con el adicto sino que lo extrapolan a otras

La Realidad de la Adicción

áreas de sus vidas), sin sensaciones de culpa ni cargando con responsabilidades que no les corresponden. Han visto las modificaciones que su pariente va realizando en el tratamiento y cómo se va transformando en una persona activa, respetuosa y responsable: esto es lo que permite que paulatinamente los familiares vayan recuperando la confianza en el adicto, percibiéndolo ahora como una persona con una enfermedad que está trabajando en ella para lograr salir adelante.

Para la madre de Carlos era inconcebible aceptar que no podía llevar de visita a su hijo a la casa cuando él quisiera, que tendría que decirle que no a muchos de sus requerimientos durante su proceso, le entristecía pensar que él podía estar pasando frío, incomodidades o que tuviera rabia contra ella por no poder tomar decisiones sobre sus salidas. Ella pensaba que al comportarse de esa manera Carlos creería que ella ya no lo amaba. Cuando comprendió el concepto de amor responsable ya no hubo nada que le hiciera sentir ese temor a perder el amor de su hijo, por el contrario: entendió que esas decisiones dolorosas para ella, significarían a la larga un beneficio para él.

Fig.37: Caso Clínico, continuación

La recuperación de la confianza es relativa en todos los casos al igual que los cambios anteriormente descritos, pero sin duda marca un antes y un después en el cómo se dan las relaciones familiares: desaparece la sobreprotección y el temor, y cobran gran protagonismo el amor responsable y la identificación de conductas adictivas que pudieran significar un riesgo en todo lo avanzado en el proceso.

La pareja de Carlos participó junto a sus suegros en todo el proceso de rehabilitación: asistía a las terapias, solicitaba información para aprender más sobre la enfermedad y siempre estaba en contacto con los terapeutas buscando orientación para saber cómo debía comportarse. Pasados unos meses comenzó a recuperar la confianza en Carlos, no sólo porque lo veía estable, feliz y seguro de sí mismo, sino que porque entendió que al igual que cualquier otra enfermedad, en la adicción es posible alcanzar la estabilización si se recibe el tratamiento adecuado, y que parte de ese tratamiento incluye también el apoyo y acompañamiento de la familia, tanto a nivel físico (el estar ahí) como a nivel emocional.

Fig.38: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

Dentro de todas estas modificaciones y avances que va presentando la familia junto con su estabilización emocional, se genera un cambio importante en la forma de relacionarse familiarmente, y es que si con anterioridad se conversaba poco, no se ponía mucha atención a lo que ocurría en el hogar y cada uno vivía “por su lado”, la realidad es que después de un proceso como este eso cambia en 180 grados y la cercanía, preocupación, demostraciones afectivas y el amor responsable, se instauran como un hábito dentro del círculo familiar.

El padre de Carlos cambió significativamente en su forma de relacionarse: ya no era la persona que sólo conversaba de trivialidades, sino que comenzó a interesarse más en lo que vivía su esposa, su hijo menor y también Carlos.

Fig.39: Caso Clínico, continuación

Cambian también muchos otros hábitos familiares, generalmente los que están asociados al consumo de sustancias (usualmente lícitas) como el alcohol: en los asados familiares ya no se ve cerveza y a nadie le genera conflicto su ausencia puesto que todos están conscientes de la importancia que tiene

en el tratamiento del adicto el no verse expuesto a tentaciones que si bien, más adelante podrá enfrentar gracias a sus herramientas y mecanismos, durante el proceso en sí no es recomendable averiguar cómo reaccionará.

La mayoría de los cambios familiares pasan por la vuelta de la calma y la estabilidad emocional, el poder dormir tranquilos sin temores, y el sentirse profundamente empoderados para enfrentar cualquier situación futura de manera adecuada y resolutiva.

Aprende a valorar a tu familia mientras la tienes, antes de que el tiempo te haga extrañar a quienes tuviste.

La Reinserción

Existe tres fases muy marcadas durante todo el proceso de una adicción, la primera es la época de consumo activo: probablemente el momento más complicado para la familia; la segunda es internarse y vivir un proceso de rehabilitación: sin duda el momento más difícil para el adicto; en tercer lugar tenemos el proceso de reinserción: un momento difícil tanto para el adicto como para su familia, ya que vuelve a aparecer el fantasma del temor que ya con mucho esfuerzo, terapias y trabajo, había quedado atrás.

Los temores que experimenta el adicto están comúnmente asociados a la posibilidad fallarse a sí mismo y a sus familiares, ya que si bien entiende que la adicción es una enfermedad, sabe cómo debe cuidarse y qué debe y no debe hacer, también es conscientes de que existe la probabilidad de caer, y el sólo hecho de pensar en perder nuevamente todo lo que ha recuperado (familia, dignidad, felicidad, etc.), le genera un nivel de ansiedad que pocas veces ha experimentado en su vida.

La Realidad de la Adicción

Afortunadamente esta ansiedad, el estrés y el temor son normales en una situación próxima a vivir tan compleja como la reinserción social, y es por eso que terapéuticamente se va preparando a los residentes para esta etapa trabajando durante todo el último mes en lo que llamamos un plan de salida: objetivos, metas, normas, factores de riesgo y protectores, asistencia permanente al centro, etc.

Carlos terminó su proceso de internación y fue dado de alta por sus terapeutas, ya tenía la fecha de su salida. Tenía claro lo que debía hacer para mantenerse bien, sin embargo el miedo, la ansiedad y la preocupación se volvieron una compañía constante durante las últimas semanas en las que permanecería en el centro.

Fig.40: Caso Clínico, continuación

Sentirse así es normal, y es importante que el adicto sea capaz de entenderlo para así comunicarlo. Ellos suelen creer que es mejor guardarse todas estas emociones para no *preocupar* a su familia, y en realidad es completa y absolutamente esperable que se sientan así por lo que es importante que lo conversen, que no repriman ni traten de manejar solos esta etapa que

es difícil para todos. La comunicación es la base para poder enfrentar juntos como familia cualquier dificultad y problemática que les aflija, y el proceso de reinserción califica perfectamente como una etapa a enfrentar con un buen apoyo.

Por otra parte, tenemos también los temores a los que se debe enfrentar la familia ante esta próxima reinserción del adicto ya rehabilitado, y es que la incertidumbre asociada a si los cambios se mantendrán, a si habrá o no alguna recaída, y el preguntarse constantemente si realmente estará listo, son inevitablemente las dudas que todos los familiares y personas del entorno social cercano experimentan en esta fase.

La principal razón de esta incertidumbre es que el adicto, mientras estaba en consumo activo, prometió muchas veces cambiar y que las cosas sería diferentes – cosa que jamás pudo concretar – y ahora, con un tratamiento adecuado encima, con el conocimiento teórico que avala todo esto como una enfermedad, la familia se encuentra frente a un futuro que se muestra demasiado prometedor, y eso asusta.

Y es que, ¿cómo puede ser todo tan maravilloso luego del infierno que tuvieron que vivir?, el miedo principalmente va asociado a los nulos deseos de sufrir nuevamente, por lo que es más fácil vivir con temor y siendo precavidos que relajarse, bajar la

La Realidad de la Adicción

guardia y pasar nuevamente por el calvario que ya vivieron con anterioridad.

Para calmar todas estas ansiedades y temores, los terapeutas realizamos charlas y terapias orientadas a fortalecer la seguridad y confianza, les mostramos lo común que es experimentar miedo al inicio del proceso de reinserción pero que luego de un tiempo las emociones vuelven a estabilizarse. Así como es importante que el adicto comunique sus emociones, los familiares también deben hacerlo, ya sea entre ellos mismos, con algún terapeuta o profesional que les pueda entregar las orientaciones necesarias para que logren enfrentar esta etapa de la mejor manera posible.

Tanto los padres como el hermano y la pareja de Carlos se sentían felices pero preocupados por su reinserción. No sabían si todo iba a salir bien ya que Carlos debía volver al trabajo en el cual consumía, temían que pudiera recuperar malas actitudes, que comenzara a buscar excusas para discutir con su pareja y salir, etc. Todos estos temores perdieron fuerza cuando pasados varios meses desde el término del proceso, Carlos seguía estando bien, sin dificultades ni recaídas.

Fig.41: Caso Clínico, continuación

Fuera de los temores compartidos por el adicto y su familia, el proceso de reinserción es mucho más que eso, y es que implica una gran cantidad de aspectos a considerar que lógicamente, apuntan hacia la puesta en práctica de todo lo que la persona aprendió durante su proceso de rehabilitación.

La mantención de los hábitos implementados durante el proceso es uno de los cimientos para lograr una reinserción y futuro exitosos. Si pensamos en que el adicto termina su proceso y vuelve a los hábitos y comportamientos anteriores, obviamente el resultado no será positivo, pero por el contrario, si mantiene su comportamiento asertivo, responsable, respetuoso, cuidándose y evitando lo más posible las situaciones de riesgo (es decir, aplicando todo lo aprendido), la probabilidad de éxito es muy alta, incluso considerando el hecho de que el peligro de una recaída estará presente hasta en los últimos días de su vida.

El practicar lo aprendido no sólo se refiere a no frecuentar lugares o personas de riesgo, sino que también implica cosas tan básicas como mantener su higiene personal, alimentarse adecuadamente, rodearse de personas que aporten a su vida y mantener relaciones interpersonales sanas, estar constantemente en contacto con sus emociones, comunicar dificultades para buscar la orientación necesaria, etc.

La Realidad de la Adicción

Todos estos hábitos aprendidos y reforzados, más el practicar lo aprendido, llevan a que la persona pueda implementar un estilo de vida saludable que no sólo traerá repercusiones para sí mismo sino que también para las personas que lo rodean (principalmente familiares).

Luego de dos meses fuera del centro, Carlos se dio cuenta de que emocionalmente no le hacía bien permanecer en un trabajo en el cual tenía obligatoriamente contacto con la persona que le convidó cocaína por primera vez, esto le causaba preocupación y tensión constantes, así que lo conversó con su pareja (con quien ya vivía nuevamente), y decidió que era un buen momento para buscar otro tipo de trabajo, en el cual pudiera poner en práctica las habilidades que había descubierto que tenía. Decidió hacer unos cursos y prepararse, para luego buscar un nuevo trabajo que potenciara su liderazgo positivo y que le entregara mayor tranquilidad a su día a día.

Fig.42: Caso Clínico, continuación

Buscar alternativas a las dificultades y no permanecer en un *status quo* ante las incomodidades, lograr salir de la zona de confort, e

identificar qué es lo que le hace bien y mal, es parte del mantener un estilo de vida saludable. Contrario a lo que socialmente se piensa la “vida saludable” no sólo implica deporte y alimentación, sino que también el bienestar mental, emocional, laboral, social y económico.

Parte de lo que este estilo de vida requiere también de manera obligatoria, es manejar de forma adecuada el estrés, y esto se logra mediante la utilización de todas las herramientas entregadas en el tratamiento.

Todos los seres humanos experimentamos momentos de tensión, ansiedad y estrés, eso es algo normal a lo que estamos expuestos a causa del funcionamiento acelerado del mundo actual y es imposible librarnos de ello. La diferencia radica en la capacidad de enfrentar estas situaciones de manera exitosa, sin contratiempos mayores ni ahogándonos en un vaso de agua.

Es importante también en este punto mencionar que si bien no podemos escapar de la tensión común, si es posible que el adicto mediante una resolución de conflictos adecuada no sume más situaciones complejas que aumenten esta cuota natural de estrés: al resolver dificultades de manera correcta, tranquila, inteligente y eficaz, se logra disminuir la probabilidad de un cuadro más grave que actúe como factor de riesgo.

La Realidad de la Adicción

Tanto el estrés como los conflictos y las emociones juegan un papel fundamental en lo que podríamos llamar “el limbo” entre un factor protector o de riesgo. Por ejemplo si nos referimos al trabajo, cuando la persona se siente a gusto, su cuota de tensión no supera los límites normales y es capaz de separar vida personal de vida laboral, nos encontramos ante un factor protector; por el contrario, si el trabajo es desgastante, la persona se sobre exige y además suele manejar mal las dificultades y conflictos asociados aumentando así su estrés, estamos frente a un factor de riesgo.

Todo en esta vida es relativo, pero en cuanto a las adicciones la relatividad no puede existir: aquí las cosas son blancas o son negras, no existe grises.

Para todas estas situaciones comunes de la vida que se deben enfrentar, incluidas las más complejas como cesantía, deudas, fallecimientos o rupturas, existe incluso una vez terminado el proceso de rehabilitación lo que llamamos “grupo de reeducados”, que consiste básicamente en un grupo de autoayuda compuesto por personas que se han rehabilitado en cada centro en particular, y que como parte del programa se exige que asistan a estas reuniones a lo menos cada 15 días, esto, con el fin de entregar un espacio de descarga emocional, contención, distracción y comprensión mutua de todo lo que tiene que ver con la reinserción como un

proceso vivido por todos los asistentes. Entre ellos, pueden encontrar consejos, ideas, formas de enfrentar las dificultades y una compañía que entrega una visión muy diferente a la de la familia, puesto que son ellos mismos en carne propia quienes han experimentado exactamente las mismas emociones y dificultades que cada adicto rehabilitado.

Carlos experimentó algunos problemas de convivencia con su pareja, normales por cierto, pero que dado su historial de consumo le hacían regresar y pensar en esos momentos en los que recurría al alcohol para evadir su realidad. No quería conversarlo con sus padres para no preocuparlos, con su pareja finalmente resolvían adecuadamente los conflictos, pero Carlos aún quedaba con esa sensación extraña, por eso, cada 15 días aprovechaba la reunión de reeducados para compartir con sus compañeros estas experiencias y fue recibiendo orientaciones que le ayudaron tanto a mejorar la convivencia, como a ir acortando significativamente los tiempos de resolución cuando había dificultades cotidianas con su pareja.

Fig.43: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

Los grupos de reeducados son muy útiles, necesarios y obligatorios no sólo para encontrar apoyo ante diversas situaciones, sino que también porque implican mantener contacto con el centro en el cual han sido rehabilitados. Además, en estas reuniones se realizan test de drogas: el método de control más efectivo dentro de esta área.

Una persona que pasa por un proceso, si terminado el mismo sigue con su vida dejando atrás todo lo vivido, irá sin darse cuenta volviendo a las conductas anteriores puesto que desarraigará todos los nuevos hábitos al perder el compromiso con su centro. Por el contrario, el mayor porcentaje de éxito se observa en quien se mantiene en contacto con el centro, sus terapeutas, el grupo de reeducados, participando en charlas y conociendo a los nuevos residentes.

La constante cercanía con su lugar de rehabilitación no sólo provoca que se mantengan activos los cambios, sino que también los conecta con los objetivos a mediano y largo plazo que se propusieron lograr una vez que comenzaran con su reinserción, y todo el trabajo que deben realizar para lograr estos objetivos se ve reforzado al saber que quienes le ayudaron en su proceso de rehabilitación siguen interesados y esperando ver el cumplimiento de estas metas, sin importar el tiempo que tome, sin importar si sufren

modificaciones en el camino: lo importante para nosotros como terapeutas es tener certeza de dos cosas, la primera de ellas es que la persona se mantenga abstinente, y la segunda, es que sea capaz de lograr con orgullo y satisfacción, el cumplimiento de las metas que se propuso para su vida.

Mientras estaba en tratamiento Carlos y su pareja retomaron la relación y con ella todo el plan familiar que en algún momento habían pensado: querían cambiarse de barrio, casarse y tener hijos. Después de un año y medio posterior al proceso de Carlos él y su pareja decidieron formalizar su relación y contraer matrimonio. Luego de dos años Carlos ya tenía un nuevo trabajo, estaban viviendo en un lugar diferente, y dentro de 6 meses serían padres de su primer hijo. Los padres de Carlos y su hermano estaban felices, lo veían bien y ellos pudieron retomar la confianza en él al cien por ciento, seguían asistiendo a las terapias familiares del centro y de esta forma compartían su historia y llenaban de esperanza a los familiares que estaban recién empezando. Por su parte Carlos se sentía pleno, feliz, asistía a todas sus reuniones de reeducados y su vida cambió por completo.

Fig.44: Caso Clínico, continuación

La Realidad de la Adicción

Ciertamente es importante que sin ser relevante el tiempo que pase, sin importar los éxitos o los fracasos, las caídas, los problemas y la vida misma, cada persona que ha vivido un proceso de rehabilitación debe tener consciencia de que el proceso en sí nunca termina, es para siempre, y de esta enfermedad tanto para el adicto en sí como para sus seres queridos se puede sacar un aprendizaje tan grande y enriquecedor que difícilmente se puede conseguir de otra forma que no sea tocando fondo y logrando salir a la superficie nuevamente.

Las dificultades y los cambios te preparan para un futuro lleno de satisfacción y felicidad.

Espero que este libro haya sido enriquecedor para todos quienes lo hayan adquirido: quienes sufren la enfermedad de la adicción y sus familiares, profesionales del área, y toda persona interesada en concientizar sobre de qué se trata la adicción, cómo se vive y el renacimiento que se produce luego de la rehabilitación.

Camila Macaya P.

Glosario

Abstinencia: Acción de abstenerse o privarse de algo en su totalidad, en este caso, de las drogas.

Adicción: Hábito de conductas peligrosas o de consumo de determinados productos, en especial drogas, y del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia psicológica o fisiológica.

Analogía: Relación de semejanza entre dos cosas distintas.

Benzodiacepina: Medicamento psicotrópico inhibidor de la ansiedad que se emplea en el tratamiento de ciertos trastornos.

Capacidad del carácter – Autonomía: Capacidad de auto controlarse y valerse por sí mismo con autosuficiencia.

Capacidad del carácter – Compromiso: Capacidad de cumplir con lo prometido con responsabilidad.

Capacidad del carácter – Confianza: Capacidad de confiar en uno mismo y en los demás con optimismo.

Capacidad del carácter – Generatividad:

Capacidad de enseñar con el buen ejemplo y con altruismo.

Capacidad del carácter – Identidad:

Capacidad de ser uno mismo de manera consistente en cualquier contexto y demostrarlo con entereza.

Capacidad del carácter – Industriosidad:

Capacidad de hacer las cosas de buena forma y con destreza.

Capacidad del carácter – Iniciativa:

Capacidad de encausar las energías naturales por senderos productivos con buena disposición.

Capacidad del carácter – Trascendencia:

Capacidad de superar límites y contratiempos de forma tolerante y adecuada.

Codependencia: Condición psicológica en la cual dos personas manifiestan una excesiva e inapropiada preocupación por las dificultades de alguien más, creyendo que la otra persona no puede vivir sin ellos, y viceversa.

Comorbilidad: Presencia de uno o más trastornos además del trastorno principal.

Compulsión: Deseo o impulso intenso e incontrolable de hacer alguna cosa.

Congelamiento emocional: Disminución progresiva de la experiencia sensitiva que conlleva una ausencia de respuestas afectivas reales y espontáneas.

Dependencia: Estado mental y físico patológico en que una persona necesita un determinado estímulo para lograr una sensación de bienestar.

Dependencia física: Dependencia fisiológica a una sustancia, que implica daños cuando se abandona su consumo puesto que el cuerpo se ha acostumbrado a ella.

Dependencia psicológica: Deseo o compulsión a continuar el consumo de la droga que provoca placer.

Desintoxicación: Remoción fisiológica o medicinal inducida de sustancias tóxicas de un organismo.

Disfunción hedónica: Daño asociado a los centros de placer del cerebro.

Enfermedad crónica: Que se padece a lo largo de mucho tiempo.

Evasión: Mecanismo defensivo mediante el cual la persona evita enfrentar situaciones, personas o temáticas que le causan dolor, realizando otra actividad que le entregue distracción (trabajo, consumo, actitudes infantilizadas, etc.).

Factor protector: Toda circunstancia, persona o situación que disminuye las probabilidades de que una persona mantenga un trastorno.

Factor de riesgo: Toda circunstancia,

persona o situación que aumenta las probabilidades de que una persona mantenga un trastorno.

Internación: Proceso de rehabilitación que se ejecuta en un centro residencial, es decir, el adicto se interna en una comunidad terapéutica y vive en ella mientras dure su proceso.

Mecanismo defensivo: Estrategias psicológicas inconscientes puestas en marcha para hacer frente a la realidad y mantener la autoimagen.

Multifactorial: En salud, que un trastorno puede ser provocado por muchos factores de manera simultánea.

Neuroadaptación: Conjunto de cambios neuronales adaptativos.

Neurobiología: Área de la biología que estudia el sistema nervioso central.

Neurociencia: Cada una de las ciencias que desde diversos puntos de vista, estudian el sistema nervioso central.

Neuroplasticidad: Capacidad del cerebro para adaptarse y cambiar como resultado de la conducta y experiencia.

Neurotransmisor: Biomolécula que permite la transmisión de información desde una neurona hacia otra neurona, célula muscular o glándula.

Obsesión: Estado de una persona que tiene impuesta en la mente una idea, palabra, o imagen permanente y se encuentra dominado por ella,

independiente de su voluntad.

Patología dual: En salud mental, se refiere a una persona que sufre de forma simultánea una adicción y uno o más trastornos mentales.

Psicoactivo: Efecto producido por toda sustancia química que al introducirse en el organismo ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central y que ocasiona cambios específicos en sus funciones.

Rehabilitación: Conjunto de técnicas y métodos terapéuticos que sirven para recuperar una función o actividad que ha disminuido o se ha perdido a causa de una enfermedad.

Síndrome de abstinencia: Conjunto de alteraciones físicas y psicológicas que aparecen en una persona cuando deja bruscamente de consumir una sustancia a la cual está habituada o es adicta, especialmente una droga.

Tolerancia: Proceso psicológico y físico que hace necesario aumentar la dosis de forma progresiva para conseguir los mismos efectos.

Trastorno adictivo: Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, evaluado por la presencia de ciertos criterios diagnósticos como lo son la tolerancia, abstinencia, reducción importante de actividades sociales, entre otras.

Tratamiento ambulatorio: Asociado a la

práctica de andar, en el ámbito de la salud implica un tratamiento que no obliga a estar en cama y por tanto permite que el paciente siga andando.

Tratamiento residencial: Asociado a residencia, en el ámbito de la salud implica un tratamiento que se realiza en un lugar físico específico destinado para dicha actividad, donde el paciente debe residir durante la duración de su proceso.

Agradecimientos

Fui capaz de escribir un libro completo sólo con el aprendizaje teórico y experiencial albergado en mi memoria durante estos casi 4 años de trabajo con adicciones, sin embargo ahora que me toca explayarme en agradecimientos probablemente sea la persona más torpe sobre la faz de la tierra (y exagerada también, pero es parte de mi forma de ser).

En primer lugar debo agradecer a mi familia nuclear incluida mi gata: Mari, Mauri, Felipe y Titi, ya que gracias a ellos soy quien soy hoy en día, con mis defectos y virtudes (más virtudes que defectos). Ellos siempre han estado ahí para soportarme tanto cuando tengo un buen día de trabajo como cuando tengo uno malo, y en parte han participado en cómo forjé mi personalidad que hoy en día me permite dedicarme a lo que me gusta.

Los demás miembros de mi familia también entran en este grupo, no piensen que me olvidé de ustedes: Normi, Juanita, Nani, tíos, tías, primos, primas y cuñi, porque son parte de mi vida y aunque

no los nombre uno por uno (porque me saldrían varias hojas; exagerada otra vez), son todos importantes y cada uno ha aportado a su manera en mi crecimiento personal y profesional.

En segundo lugar a mi socio, Abrahan, con quien he adquirido innumerables conocimientos sobre adicciones y su tratamiento, desde que nos embarcamos a principios del 2017 en la creación de nuestro programa ambulatorio, y juntos haciendo crecer el centro residencial para lograr que sea el mejor de la región (y del país también, por qué no). Gracias por dejarme participar de eso. También a la Clau, mi amiga y la mami de todos en el centro, que me hace barra en todas las ideas que se me ocurren y con su energía y sabiduría me ha orientado a ser cada día mejor en mi trabajo.

En tercer lugar, a todas las familias que me han confiado parte de la rehabilitación de sus hijos, esposos, sobrinos y nietos, pese a que ven mi cara de adolescente cuando llegan por primera vez al centro, se que una vez que se embarcan en este proceso logran encontrar en mi un apoyo y la contención que necesitan para poder avanzar.

También a las personas que he tenido en rehabilitación, tanto de forma residencial como ambulatoria, ha sido un gusto trabajar con todos y cada uno de ustedes tratando de orientar su mejoría, en el caso de quienes se han logrado

rehabilitar espero se mantengan así por siempre, y quienes han caído en el camino, les deseo que en algún momento puedan salir adelante, porque pese a las dificultades: es posible.

En último lugar a mis amigos, no menos importantes, que desde el día en que supieron que estaba escribiendo un libro me dieron ánimo y buenas vibras, y ahora que ya está materializado no podía dejar de darles una mención (pero sin nombres, para que si se me escapa alguno no se vaya a sentir ofendido).

Gracias a todos y espero que lo leído les sirva ya sea para conocer más del tema, para ayudarse a sí mismos, o para orientar a alguna persona cercana que esté sufriendo de esta enfermedad.

Sobre la Autora

Nació en 1991 en Concepción, desde niña mostró interés por estudiar psicología por lo que al terminar la enseñanza media ingresó a la universidad para en el año 2014 titularse como Psicóloga, con distinción.

Siempre interesada en el área clínica, inició el mundo laboral en consulta particular y haciendo domicilios a pacientes en tratamiento paliativo. A inicios del 2015 ingresó como terapeuta grupal y psicóloga a un centro de rehabilitación para personas con drogodependencia.

Fue en ese lugar donde descubrió que la rehabilitación era lo que realmente le motivaba, razón por la cual actualmente es psicóloga y directora técnica en un centro de rehabilitación residencial, y directora de un centro de tratamiento ambulatorio.

