

LA ENFERMEDAD ADICTIVA

José Antonio Gracia Ginés

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRÓLOGO.....	pág. 5
INTRODUCCIÓN.....	pág. 7
CONCEPTO DE LA ADICCIÓN COMO UNA ENFERMEDAD ÚNICA.....	pág. 9
ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD ADICTIVA.....	pág. 13
FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD ADICTIVA.....	pág. 15
1. ALTERACIÓN DE LOS NEUROTRANSMISORES.....	pág. 15
2. LA ADICCIÓN COMO APRENDIZAJE.....	pág. 17
3. ESQUEMA DEL MECANISMO DE LA DEPENDENCIA.....	pág. 18
CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD ADICTIVA.....	pág. 23
SOBRE EL MOTIVO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA.....	pág. 23
SÍNTOMAS ADICCIÓN = COMPORTAMIENTO ADICTIVO.....	pág. 23
1. CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO ADICTIVO.....	pág. 24
2. PROBLEMAS GENERADOS POR EL COMPORTAMIENTO ADICTIVO.....	pág. 25
3. LA CO-DEPENDENCIA DE LA PAREJA.....	pág. 25
4. LA CO-DEPENDENCIA EN LOS HIJOS.....	pág. 25
EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD ADICTIVA.....	pág. 29
PRONÓSTICO DE LA ADICCIÓN SIN TRATAMIENTO.....	pág. 29
1. ENFERMEDADES GENERADAS POR EL ALCOHOL.....	pág. 29
2. RECAÍDAS E IRRECUPERABILIDAD.....	pág. 33
EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ADICTIVA.....	pág. 41
LA SUPUESTA PREVENCIÓN EN LAS DEPENDENCIAS.....	pág. 41
EL CONCEPTO DEL TRATAMIENTO.....	pág. 42
1. ESQUEMA GENERAL DEL TRATAMIENTO ADICTIVO.....	pág. 44
2. TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA CADA SUSTANCIA.....	pág. 45
3. ESQUEMA GENERAL DEL TRATAMIENTO COMÚN.....	pág. 45
4. EL CONCEPTO DE REHABILITACIÓN.....	pág. 46
5. LAS TERAPIAS EN LA ADICCIÓN.....	pág. 52
LAS ASOCIACIONES.....	pág. 59
MÉDICOS: LOS PIONEROS.....	pág. 59
LAS ASOCIACIONES DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS.....	pág. 59
APÉNDICE.....	pág. 61
DATOS COMPARATIVOS ALCOHOLISMO-TOXICOMANÍA 2004-2007 A.B.A.T.T.A.R.....	pág. 61
BIBLIOGRAFÍA.....	pág. 65

PRÓLOGO

Cuando mi amigo José Antonio me pidió que escribiera el prólogo a su trabajo, pensé “vaya marrón”, y no porque no supiese qué decir, sino mas bien porque no sabía si llegaría a todos los lectores, el verdadero sentido de lo que quería expresar en él.

Y creo que la mejor manera para que lo que aquí expongo sea claro y diáfano, es que plasme mi visión particular del autor

Cuando conocí “al Doc” tal y como lo llamaban en la Asociación, más allá de ver a un “MÉDICO”, vi en él a una persona “COMPROMETIDA” con la rehabilitación de los enfermos adictos, desde un principio noté que “sabía de que iba la cosa”, pero lo más importante, es que esta visión perdura después de 11 años impartiendo terapias conjuntamente.

En este trabajo, creo (*para mí*) que lo más significativo, es la perspectiva que tiene del concepto de adicción y rehabilitación después de 26 años de trabajo con enfermos adictos. Es tan clara, tan real, y porqué no decirlo tan positiva para una buena rehabilitación, que a los que como yo, solo podemos transmitir nuestra experiencia en la rehabilitación, al carecer de conocimientos técnico profesionales, nos ayuda a que en esas “polémicas” que pueden surgir en el transcurso de las terapias con adictos a sustancias diferentes, nos centremos en las consecuencias del consumo o conducta, y no en la sustancia o el comportamiento adictivo.

Es por tanto un trabajo basado como dice el autor “fruto de la experiencia”, y opino de muchísima utilidad, sobre todo para aquellas Asociaciones que les da “miedo”, el hacer frente a adicciones diferentes al Alcoholismo.

Solo me queda reiterar mi sentimiento hacia José Antonio, y solo cabe un calificativo:

Un ejemplo de profesionalidad y compromiso, y que ha sido un placer contar estos años con un “COMPANERO” como “TÚ”, y la manifestación de mi gratitud de todo corazón, que es donde reside la sinceridad. Gratitud, se cabe, más sentida por el reconocimiento del valor del trabajo conjunto que venimos desempeñando desde hace años para cumplir con los objetivos de ABATTAR.

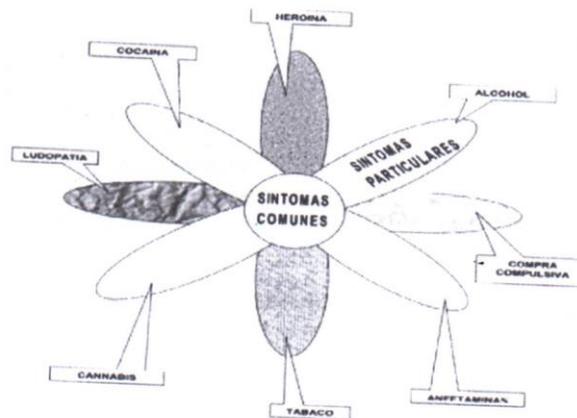
Manuel Martín Delca
Secretario de FARE/FARA y ABATTAR

CONCEPTO DE LA ADICCIÓN COMO UNA ENFERMEDAD ÚNICA

Corrientemente cuando se habla de las dependencias se realiza como si fueran distintas enfermedades, de ahí que muchos centros que tratan el alcoholismo se olvidan de la ludopatía y viceversa. De ahí también la disparidad de opiniones y el hecho de que algunas Comunidades Autónomas reconozcan el alcoholismo como enfermedad mientras que el Estado sigue sin aceptarlo.

Sin embargo, alcoholismo, ludopatía y la adicción a todas las demás drogas no son morbos distintos sino el mismo con distintas caras, distintas manifestaciones de un único hecho. Si acaso, el mejor sistema de entenderlo es mediante el popular dicho: "el mismo perro con distinto collar". Cambian los collares, esto es, cambian las sustancias, pero el perro siempre es el mismo.

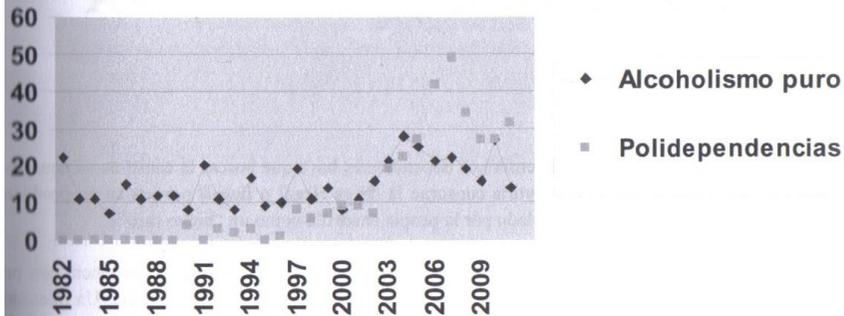
Matemáticamente el concepto se ve claro a través de la Teoría de los Conjuntos:



En el punto de intersección de los conjuntos hallamos los SÍNTOMAS COMUNES, es decir, aquellos que encontramos en todas las dependencias sean del tipo que sean. En la parte de fuera tenemos los SÍNTOMAS ARTICULARES de cada una, que es propia de ella y no tiene nada que ver con las demás.

Los Síntomas Comunes nos indican la unidad de la enfermedad adictiva, la cual tiene su base en la dependencia psíquica, siendo la física y la tolerancia elementos secundarios. (Ver la tabla "Características de los usos adictivos" de la página siguiente)

Asistencias en A.B.A.T.T.A.R. (1981 - 2011)



FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD ADICTIVA

En el desarrollo de la dependencia lo menos importante es la sustancia a la que se es adicto, pues la enfermedad no depende de dicho elemento sino de los cambios a nivel cerebral que produce.

Dos son los factores principales en la fisiopatología de la adicción:

- la alteración de neurotransmisores a nivel cerebral
- el aprendizaje

El primero interviene en la génesis de la enfermedad. El segundo tiene su punto fuerte en la aparición de las recaídas.

1. ALTERACIÓN DE LOS NEUROTRANSMISORES

La transmisión de información entre una célula nerviosa (neurona) y otra se realiza a través de unos elementos que se conocen con el nombre de *neurotransmisores*. Hay varios tipos y están repartidos por todo el sistema nervioso, abundando, algunos de ellos, más en ciertas zonas cerebrales que en otras.

Aunque cualquier sustancia potencialmente adictiva puede actuar en cualquier región del cerebro, todas tienen predilección por una en particular: el **sistema límbico**. Y todas actúan de la misma manera a pesar de que entren en el cuerpo por distinto camino: el alcohol entra a través del estómago (se bebe); la cocaína por la nariz (se inhala); la heroína por vena (se inyecta); el tabaco por los pulmones (se fuma); el juego por los órganos de los sentidos (vista y oído)...

Y quienes lo descubrieron lo consiguieron con descargas eléctricas.

1.1. EL SISTEMA LÍMBICO Y SU RELACIÓN CON LA ADICCIÓN

Los neurofisiólogos Olds y Milner en 1957, con la ayuda de electrodos implantados en la parte central del hipotálamo de una rata, consiguieron localizar una zona que el animal aprendía a autoestimular apretando una palanca. Cuando los animales habían aprendido a asociar el movimiento de la palanca con la estimulación eléctrica de dicha zona, continuaban apretando millares de veces en una hora hasta su completo agotamiento. Esta autoestimulación les impedía ingerir líquidos, tomar alimentos y la actividad sexual. Además, el animal, para autoestimular su cerebro no presentaba ningún rechazo en cruzar cuantas veces fuera preciso una parrilla electrificada con una intensidad tal que era capaz de detener el paso de una rata hambrienta normal. Olds y Milner concluyeron que habían localizado, en esta región del sistema límbico, el centro del "placer", que ellos denominaron *sistema de recompensa* del cerebro.

Los trabajos de Olds permitieron identificar algunos de los neurotransmisores cerebrales que intervienen en la adicción.

El comportamiento de un adicto respecto a la sustancia de la que es dependiente es similar al de las ratas con la palanca.

1.2. EL SISTEMA LÍMBICO Y LA VIDA AFECTIVA

El sistema límbico forma parte de lo que se denomina *el cerebro primitivo*, ya que se encuentra en las especies animales menos evolucionadas, las cuales, en cambio carecen del córtex cerebral. Posee, por tanto, el sistema más elemental en la supervivencia de las especies. Pero además controla la vida afectiva y las emociones⁶. Por tanto, controla:

- comportamiento
- reposo
- sueño
- vigilancia
- excitación
- rabia
- docilidad
- estado de atención
- etc.

Las emociones se reflejan tanto en la conducta como en la experiencia subjetiva del organismo. Así, por ejemplo, la conducta ante una emoción de ira es distinta a la que se tiene ante la tristeza, y la visión subjetiva que se tiene, ante las circunstancias que han generado ambas emociones, también es distinta. Es decir, que las emociones son siempre de naturaleza subjetiva, ya que no todos presentan la misma emoción ante una misma circunstancia, así mientras uno *se emociona*, otro permanece indiferente y se le considera un *ser frío*.

El neurotransmisor implicado en la emoción es la adrenalina. Ahora bien, la administración de ésta en sujetos voluntarios⁷ en estado de calma, les generó los efectos fisiológicos (palpitaciones, temblores, etc.), pero todos describieron la experiencia como carente de emoción. Es decir, se sentían trastornados en su interior, pero no experimentaron un sentimiento de emoción. Este dato nos está diciendo que todavía no conocemos todos los mecanismos implicados en las emociones. Pero de lo que no hay duda es que cualquier pensamiento, movimiento o emoción está regulado por las células nerviosas del cerebro.

Todas esas funciones de control de la vida vegetativa y psicoafectiva están profundamente alteradas en la adicción, con lo cual el enfermo cambia completamente su comportamiento y forma de actuar, incluso su valoración de la vida.

Secundariamente las personas que conviven con él cambian a su vez y como reacción, su propio comportamiento, y es de esta forma cómo la enfermedad termina extendiéndose a toda la familia. (Ver la "Ilustración 1" de la página siguiente)

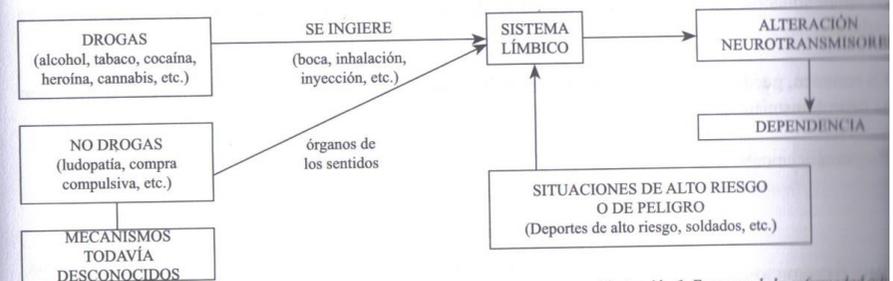


Ilustración 1. Esquema de la enfermedad adictiva

2. LA ADICCIÓN COMO APRENDIZAJE

En la dependencia interviene también el aprendizaje.

2.1. BASES BIOPSIOLÓGICAS DEL APRENDIZAJE

Dos son las formas básicas de aprendizaje: el asociativo y el no-asociativo, interviniendo ambos en la dependencia. No obstante, el que nos interesa explicar es el primero.

2.1.1. APRENDIZAJE ASOCIATIVO

Como su nombre indica es aquel en el cual lo aprendido se *asocia* a algo.

Hablar de aprendizaje asociativo es hablar de Pavlov.

2.1.1.1. CONDICIONAMIENTO DE PAULOV

El Reflejo Condicionado (Condicionamiento clásico) descubierto por Pavlov consiste en lo siguiente:

Ante un estímulo⁸ como la luz no se presentaba ningún tipo de respuesta cuando se encendía ante un estímulo⁹ (comida) presentada por separado sí ocasionaba una respuesta: salivación. Presentando los estímulos juntos (luz + comida) también se obtenía como respuesta la salivación. Aplicando esta combinación durante un tiempo (refuerzo) descubrió que al presentar como único estímulo la luz (sin la comida) también se presentaba la salivación. Es decir, que el perro había *asociado* la luz con la comida y había *aprendido* a salivación cuando se encendía la luz le daban de comer. Esto es lo que se conoce como respuesta condicionada o aprendizaje condicionado.

2.1.1.2. CONDICIONAMIENTO DE PAULOV EN LA DEPENDENCIA

Entre las distintas teorías sobre las adicciones existe una¹⁰ que considera que cada caso de adicción a drogas es un ensayo de condicionamiento pavloviano, en el que diversos estímulos del entorno que preceden a la administración de la droga actúan como estímulos incondicionados que provocan la respuesta de placer.

⁸ Estímulo condicionado.

regularmente la administración de la droga (Ej.: bares, aseos, agujas, otros drogadictos, etc.) constituyen estímulos condicionados. En realidad este caso no se da únicamente en las drogas, sino en cualquier tipo de dependencia.

En resumen, puede decirse que el cerebro aprende como un estímulo condicionado de Pavlov la alteración de los neurotransmisores.

Esquemáticamente:



E.P.A.: ELEMENTOS POTENCIALMENTE ADICTOS (ALCOHOL, DROGAS, JUEGO, COMPRA COMPULSIVA, TABACO, ETC.)

Realizando esta combinación durante un tiempo¹¹ (refuerzo) tenemos:



La importancia del aprendizaje condicionado que el cerebro realiza frente al consumo de elementos potencialmente adictivos radica en que si se mantienen los hábitos se dificulta la rehabilitación y se facilitan las recaídas.

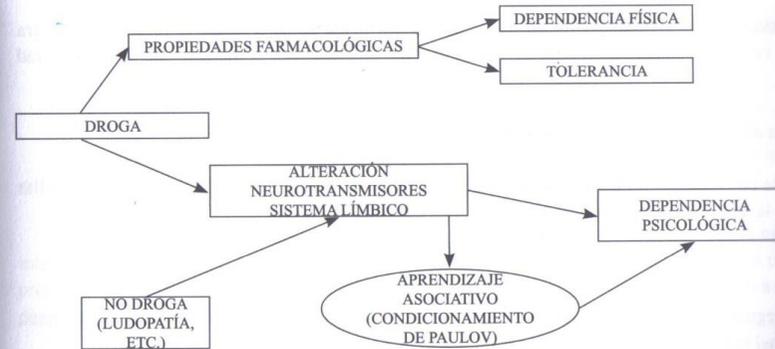
3. ESQUEMA DEL MECANISMO DE LA DEPENDENCIA

Hemos expuesto un esquema básico de la Adicción, con lo visto hasta el momento podemos elaborar otro que lo complementa: (Ver la imagen de la página siguiente)

FASES DE LA DEPENDENCIA

En la enfermedad adictiva hay una patología de la evolución psicológica de la adicción por un lado, y una fisiopatología orgánica por otro.

En el alcohol, por ejemplo, la fisiopatología orgánica es exclusiva del alcoholismo, puesto que es debida a la toxicidad farmacológica del producto. Y así, toda enfermedad orgánica añadida a la dependencia, es causada básicamente por las propiedades físico-químicas de la sustancia en sí y es propia de ella. Por ejemplo, la droga alcohol puede provocar hepatitis tóxica; el juego, no, aunque éste puede ocasionar un infarto de miocardio debido al estrés.



En cambio, la psicopatología **no** es exclusiva de ninguna sustancia y forma parte de la dependencia con morbo nosológico diferenciado.

Según esto se puede dividir la Adicción en 5 fases. En las dos primeras aún no existe la dependencia propiamente dicha; aparece en la tercera.

PRIMERA Y SEGUNDA FASE

Son casi coetáneas. La característica de la primera sería la agresividad, y la de la segunda, la alegría.

Ambas son perfectamente claras en el consumo de alcohol sin necesidad de que la persona que ha bebido sea alcohólica.

En estas fases se encuentran aquellos que simplemente abusan del alcohol. A unos les da por ser agresivo y a otros festivos.

El bebedor en esta fase es agresivo únicamente por el consumo de alcohol, no por otro motivo. Recalco es porque en la evolución surgirá una agresividad distinta.

Tanto la agresividad como la alegría desaparecerán al pasarse los efectos del etanol.

Pero lo explicado no es exclusivo del alcohol. El consumo de ciertas drogas también crea agresividad euforia (alegría), una euforia que se encuentra en el futuro ludópata que está empezando a jugar y obtiene premio.

TERCERA FASE

Aparece la obsesión.

En esta fase el consumidor habitual se convierte en dependiente.

Con la dependencia la agresividad deja de ser algo anecdótico, que tan solo surgía cuando se consumía sustancia, para convertirse en un rasgo permanente. El enfermo dependiente empieza a ser una persona c

No necesariamente es una violencia física, puede ser simplemente psíquica, pero la relación del ahora adicto, está cada vez más bañada en un halo agresivo, que irá sobresaliendo a medida que la enfermedad empeore.

Persiste aún la alegría, pero empieza a tambalearse.

La obsesión de conseguir el producto que se consume, ya sea alcohol, juego, otras drogas, etc., y paliar así el malestar de la abstinencia es característico de la dependencia.

La violencia

Antes de proseguir con las fases no estaría de más detenernos y dedicar un capítulo aparte a la violencia, tema típico que casi siempre surge en las Jornadas de Alcoholismo.

Por regla general se suele tratar la violencia por parte del alcohólico como un todo, pero es una visión simplista que no cubre todo el espectro.

Si analizamos las partes encontramos lo siguiente:

- a) Una violencia generada por las acciones farmacológicas del alcohol sobre el cerebro, y que no necesariamente la persona que la ejerce es alcohólico. Cualquiera que beba más de la cuenta la tendrá.
- b) Una segunda violencia: la que aparece en la Tercera fase que ya no depende del alcohol ni de ninguna sustancia, ya que es implícita de la propia dependencia como Enfermedad, hallándola en todo tipo de adicciones. Esta segunda violencia la podemos subdividir en dos partes:

- La del dependiente hacia la familia¹²
- La de la familia hacia el dependiente¹³

La consecuencia de esta segunda violencia es el odio que puede surgir en el matrimonio, cónyuges e hijos.

CUARTA FASE

El enfermo dependiente empieza a darse cuenta de lo que le sucede y esto genera tristeza y depresión, estado de ánimo que repercute en estimular la agresividad, como una especie de huida hacia delante y en la autocompasión (pena) en sus momentos de lucidez.

Hay casos en que esta depresión se acentúa necesitando un tratamiento psiquiátrico con antidepresivos, siempre ineficaces mientras persista la adicción. Por otra parte es una depresión muy agradecida, ya que al Rehabilitarse por regla general desaparece.

Hay que distinguir entre la depresión secundaria a la dependencia, que es la comentada, y la esencial, es decir aquella que existe independientemente que se sea adicto o no. Esta última no desaparece con la rehabilitación, pero sí mejora bastante.

¹² También cabe la posibilidad de que la ejerza hacia otros, pero es la familia, sobre todo el cónyuge quien más la sufre.

Es también el acentuamiento de la depresión quien ocasiona la ideación de suicidio que padecen algunos enfermos dependientes¹⁴, de los cuales unos pocos terminan llevándolo a cabo¹⁵.

QUINTA FASE

El enfermo dependiente llega al extremo de abandonar sus responsabilidades y tiene que ser el cónyuge quien termine haciendo las funciones de ambos para la buena marcha de la casa.

El paciente sabe ya que todos sus problemas son por culpa de su adicción. Aunque lo niegue a los demás internamente sabe lo que le pasa, pero tiene miedo, miedo a dejarlo, porque cree que no podrá vivir sin el producto que le obsesiona; miedo a intentar dejarlo, porque cree que no lo logrará; miedo a que se enteren los demás, porque todavía es considerado este tema un vicio y algo de lo que avergonzarse.

Y como derivado del miedo: la mentira. La mentira suele aparecer antes, pero es con el miedo cuando acentúa y consolida. ¿Por qué se miente? Una de las principales razones es porque no queremos que los demás conozcan lo que hacemos y somos, porque tenemos miedo a que sepan cómo somos realmente o a que hagan juicios sobre nuestras acciones.

Así que se intenta ocultar a todos la adicción, que no se entere nadie.

Pero el miedo es libre, y como una especie de autodefensa, el enfermo dependiente comienza a mentirse sí mismo. Surge así la racionalización de su dependencia, el inventar excusas y hacer todo tipo de virguerías mentales para justificarse así mismo su dependencia y negar la realidad.

¹⁴ El 1,38 % del total de enfermos atendidos en ABATTAR desde 1981 a 2011.

¹⁵ La literatura general en todo tipo de dependencias demuestra este hecho, del cual ABATTAR ha tenido un único caso tras 30 años de

CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD ADICTIVA

SOBRE EL MOTIVO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA

Por el simple hecho del consumo no hay nadie que solicite ayuda para dejar su dependencia, ni siquiera la familia lo solicita. Esto ocurre únicamente cuando dicho consumo comienza a generar problemas. Es dicha problemática (familiar, laboral, de salud, legal, etc.) la que obliga al paciente a ponerse en cura y no el consumo por sí mismo.

SÍNTOMAS DE ADICCIÓN = COMPORTAMIENTO ADICTIVO

Todas las adicciones tienen una sintomatología común, y otra particular. La común es debida a la dependencia psicológica, la cual crea un comportamiento característico: el comportamiento adictivo.

Dicho comportamiento no aparece de pronto sino paulatinamente a medida que va evolucionando la enfermedad, tal y como vimos al tratar de las fases de la misma. Para entender mejor lo que digo, podemos comparar la adicción al embarazo: al igual que él *o se está o no se está*. No hay ninguna mujer que esté *medio* embarazada. Pero, de la misma manera que en el embarazo de la primera semana no se observa ningún signo ni síntoma y en cambio cada mes que pasa se va haciendo más manifiesto hasta llegar al parto, así también sucede con la adicción.

En el preciso instante en que una persona se convierte en adicta no tiene ningún signo ni síntoma que salte a la vista, excepto el consumo. Pero éste no dice nada, porque si fuera el hecho de consumir, todo aquel que se toma una cerveza en el bar sería ya alcohólico, y sabemos que no es así. Vamos, que en el momento preciso en que se convierte en dependiente, solo sabemos que bebe, pero es imposible saber si sigue siendo aún un bebedor "normal" (entre comillas) o si se ha convertido ya en alcohólico.

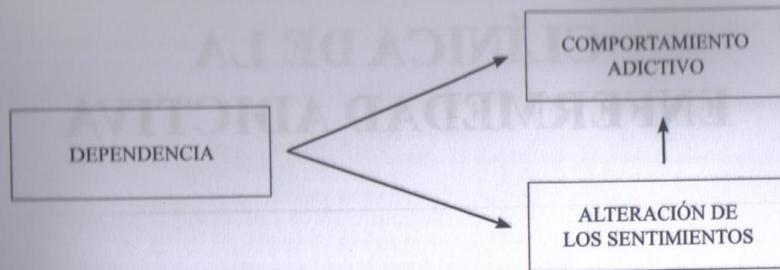
Otro tanto se puede decir del jugador o el consumidor de otras drogas.

Ahora bien, al igual que ocurre con la embarazada, la sintomatología de la adicción se irá haciendo cada vez más llamativa a medida que vayan pasando los meses y los años.

¿Qué es lo que más cambiaba en las fases de la enfermedad adictiva cuando las tratamos? El comportamiento.

No olvidemos que el sistema límbico (la zona cerebral más afectada por la adicción) rige la vida emocional de la persona, con lo cual hay una alteración de los sentimientos y del control de las emociones, y consecuentemente de la conducta.

(Ver el esquema de la página siguiente)



Simplificando, podemos decir que la alteración del funcionamiento del sistema límbico, nos ocasiona:

- a) La dependencia psicológica (base de la enfermedad adictiva)
- b) El comportamiento adictivo

1. CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO ADICTIVO

- Nerviosismo
- Cambio de carácter
- Descuido personal (mala higiene, pérdida de apetito, descuido en el vestir, etc.)
- Agresividad¹⁶
- Mentiras (a los demás e incluso a ellos mismos)
- Egoísmo
- Soberbia¹⁷
- Orgullo¹⁸
- Inestabilidad emocional
- Alteración de los sentimientos¹⁹
- Reflexiones sobre el propio deterioro físico y/o emocional²⁰
- Racionalización de su dependencia e inventos de excusas²¹
- Cambios de humor
- Desapego y/o cambio de amistades
- Apatía
- Dejar de responsabilidades
- Soledad, depresión, angustia
- Promesas incumplidas de dejar de consumir

¹⁶ En todas las ocasiones genera malos tratos, ya sean físicos o psíquicos, en la familia.

¹⁷ Algunos prefieren emplear el término "prepotencia".

¹⁸ Un término genérico que engloba diversas acepciones como la pedantería, la suficiencia, etc.

¹⁹ Los sentimientos son la sal de la vida, sin ellos seríamos máquinas. Sirven para relacionarnos con nuestro entorno, pero también son un "estado" del propio individuo, porque el sentimiento que tenemos hacia un objeto, persona, etc. repercute en nosotros mismos. Pero aparte de todo esto, todo sentimiento desemboca en otro; por ejemplo, el arrepentimiento es un sentimiento de pesar sobre otro sentimiento anterior que ha provocado una determinada situación. Es típico, a este respecto, el sentimiento de culpa de un enfermo dependiente, cuando tiene la mente serena, sobre una pifia que ha hecho el día anterior (tras el consumo), la cual había sido desencadenada por otro sentimiento de odio o el que fuera.

²⁰ Guarda relación con el punto anterior.

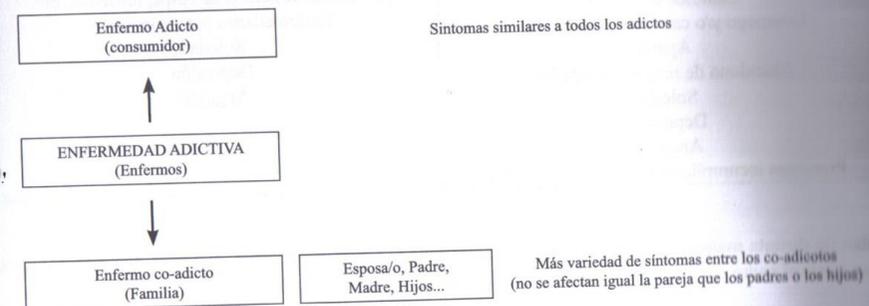
²¹ Intentan justificar su dependencia. Ej.: es muy típico oír que "bebe lo normal" o que "bebe porque tiene problemas", etc.

2. PROBLEMAS GENERADOS POR EL COMPORTAMIENTO ADICTIVO

- Problemas familiares
- Problemas laborales: absentismo, baja productividad, aumento de accidentabilidad, etc.
- Problemas legales
- Problemas económicos: desorden del dinero, gasto excesivo, caída de los ingresos
- Problemas de salud: físicos y mentales. Problemas con la memoria
- Repercusiones en miembros familiares. Ej.: los hijos tienen problemas emocionales, escolares, psíquicos, etc. Igualmente la secuela psicológica en el cónyuge es bastante seria
- Accidentes de tráfico²²

3. LA CO-DEPENDENCIA DE LA PAREJA

En la adicción enferma primeramente el consumidor, pero en la evolución de la misma acaba enfermando la familia, porque el comportamiento del adicto afecta directamente a las personas de su entorno cercano y éstas intentan adaptarse a las nuevas circunstancias adquiriendo a su vez una conducta típica que ha llegado a denominarse co-dependencia.



De esta manera si la dependencia es la enfermedad que sufre el adicto, la co-dependencia es la enfermedad que sufren sus familiares más cercanos, máxime si conviven bajo el mismo techo.

Si en el primero tenemos el comportamiento adictivo, en el segundo existe el co-adictivo. Ambos son muy similares: (Ver el "Cuadro comparativo y similitudes entre el comportamiento adicto y el co-adicto" de la página siguiente)

Se deduce, según este cuadro, que ya no se trata de rehabilitar al enfermo consumidor, sino de rehabilitar a toda la familia. En realidad, psicológicamente suele estar más trastornada la pareja que el propio consumidor.

4. LA CO-DEPENDENCIA EN LOS HIJOS

La pareja (habitualmente la esposa, ya que hasta la fecha predomina como enfermo consumidor el varón) no es la única afectada en esta enfermedad. Los hijos también son enfermos co-dependientes, aunque lo mani-

²² Aunque son más habituales en el alcohol también se hallan presentes en las demás adicciones.

**CUADRO COMPARATIVO Y SIMILITUDES ENTRE EL
COMPORTAMIENTO ADICTO Y EL CO-ADICTO**

Enfermo dependiente	Enfermo co-dependiente
Nerviosismo	Nerviosismo
Cambio de carácter	Agresividad
Descuido personal (mala higiene, pérdida de apetito, descuido en el vestir, etc.)	Mentiras (ocultación dependencia a los demás)
Agresividad	Inestabilidad emocional
Mentiras (a los demás e incluso a él mismo)	Alteración de los sentimientos
Egoísmo	Inadecuado manejo de sentimientos
Soberbia/prepotencia	Baja autoestima
Orgullo	Reflexiones sobre la dependencia del cónyuge (autoinculpación como responsable de dicha dependencia)
Inestabilidad emocional	Asumir responsabilidades del cónyuge
Alteración de los sentimientos	La conducta es debida a las circunstancias y no por decisiones propias
Baja autoestima	Comportamiento compulsivo
Reflexiones sobre su propio deterioro físico y/o emocional	Su interrelación con otras personas está alterada por los sentimientos de culpa, ansiedad, etc.
Racionalización de su dependencia e inventos de excusas	Enfermedades psicósomáticas
Cambios de humor	Soledad
Desapego y/o cambio de amistades	Depresión
Apatía	Angustia
Abandono de responsabilidades	
Soledad	
Depresión	
Angustia	
Promesas incumplidas de dejar de consumir	

fiestan de distinta manera y en ellos también encontramos la agresividad generada por la dependencia, unas veces hacia el padre o la madre, otras hacia la sociedad.

La delincuencia, problemas escolares, rabietas, pleitos con los compañeros, rebeldía y retraimiento social son algunos de los padecimientos de los hijos de alcohólicos (por citar la drogadicción más extendida). Estos muchachos tienen una mayor probabilidad de mostrar reacciones emocionales inapropiadas, ambición material y emocional excesiva, hostilidad y falta de satisfacción consigo mismo, que los hijos de quienes no beben. Y son más propensos a ser dependientes de las drogas; a este respecto Rosenberg, en un estudio realizado en 1971, demostró un índice de alcoholismo muy elevado entre los padres de los adolescentes que abusan de las drogas.

En definitiva, la co-dependencia se manifiesta en los hijos también con alteraciones psicológicas, que puede ser motivo de tratamiento psiquiátrico en caso de aparición de rasgos neuróticos, como por ejemplo la inquietud o la depresión. Otras formas de manifestarse serían el psicopatismo²³, problemas de conducta y la sociopatía. En estos casos puede aparecer delincuencia juvenil, gamberrismo, absentismo escolar, huidas del hogar e inestabilidad social.

No es de extrañar que, independientemente a la posibilidad de una influencia genética, un porcentaje termine alcohólicos ellos mismos o adictos a otras drogas.

²³ Los más frecuentemente registrados suelen ser enuresis, encopresis, cefaleas, mareos y dolores musculares.

Cabe señalar que, salvo excepciones, una gran parte de padres alcohólicos se preocupan muy poco de la salud emocional de sus hijos, y cuando lo hacen no lo relacionan con su consumo de alcohol.

Es curioso por otra parte que la inmensa mayoría de los pacientes adictos, cuando vienen a rehabilitación solo se preocupan de los hijos mayores, los menores nada, *como son pequeños no se enteran de la pelle*. ¡Falso! Es posible que no comprendan el *por qué ocurre*, pero un niño, aunque solo tenga meses de vida, sabe bien quién lo quiere y quién no, quién le puede cuidar y quién le hace daño. Si es más mayorcito este hijo se incrementa, y verán horrorizados las discusiones entre sus padres; aunque ignoren el motivo, saben que los padres se llevan mal, saben que *ellos* molestan al padre, saben cuándo han de ocultarse de él; llegan a tener algunos con un miedo increíble que les ocasiona trastornos psicológicos... llegan a odiarle.

Y en los conflictos familiares pueden llegar a ser el arma preferida en la lucha conyugal: el enfermo dependiente, ya sea el padre o la madre, les deja hacer lo que les dé la gana, les consiente, les mimas, les maltrata, utiliza para coaccionar a la esposa (o al marido), se sirve de ellos, los soborna y se los gana para tenerlos como aliados en su lucha contra el cónyuge en cuestión. Y el hijo, si es adolescente y además un granujilla, cuando el progenitor dependiente intente ganárselo como aliado, no será raro que sea *él* quien explote al padre y madre en su propio beneficio jugando a dos bandas.

EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD ADICTIVA

Toda enfermedad evoluciona hacia dos direcciones posibles: la curación o el empeoramiento.

Dejada a su libre evolución el destino de la enfermedad adictiva es siempre a peor. En cambio, puesta en tratamiento, suele ser una enfermedad bastante *agradecida*, ya que acostumbra a subsanarse todas las patologías. Debido a esto habría que distinguir entre el pronóstico sin tratamiento y con él.

PRONÓSTICO DE LA ADICCIÓN SIN TRATAMIENTO

Es malo.

Si recordamos el esquema gráfico de la enfermedad adictiva, veremos que hay una parte común y otra particular de cada dependencia. La común es el comportamiento que ésta genera. La parte particular en cambio depende de cada sustancia, en él hallamos tanto la dependencia física como las enfermedades orgánicas propias de cada adicción. No es igual la patología orgánica producida por el alcohol, que es un tóxico, que la generada por la cocaína (otro tóxico, distinto), que la originada por la ludopatía, que es debido al estrés que produce (ejemplo: un infarto de miocardio).

Referente a los síntomas comunes, es decir, al comportamiento adictivo, la situación irá empeorando y suele desencadenar con la ruptura de la relación familiar, como el divorcio e incluso abandono del hogar. Un ejemplo típico y que se ha convertido en *tópico* del dependiente es la imagen del vagabundo abrazado a la botella o tirado bajo un puente.

Respecto a las enfermedades orgánicas hay un mayor abanico de posibilidades, porque depende de cada sustancia en particular, pero en todas ellas la situación irá de enfermedades leves inicialmente a graves a medida que el consumo se prolongue con los años.

Dada la amplitud de las patologías comentaremos tan solo la de la droga alcohol, puesto que es la droga más barata, que más a mano tenemos y encima está bien visto su consumo por la sociedad y el Estado.

1. ENFERMEDADES GENERADAS POR EL ALCOHOL

Cualquier libro de medicina cita las patologías orgánicas producidas por el alcohol a nivel global, es decir, produce esto, esto y esto. Pero todo sigue un proceso evolutivo. No está orgánicamente igual un enfermo alcohólico al principio que al final de su enfermedad.

La afectación orgánica por la droga alcohol no sigue, en todos los pacientes, la misma pauta, ya que interviene la idiosincrasia de cada individuo; así por ejemplo, a igualdad de dosis es más perjudicial en

er que en el hombre, e incluso, dentro del mismo sexo, es distinto de un individuo a otro. Por otro depende también del tiempo que lleven consumiendo la droga alcohol y de la dosis, a más tiempo más enfermedades orgánicas. Pero mientras que, a nivel psicológico se observa una evolución en todos los adictos, a nivel orgánico existe una mayor variabilidad de un paciente a otro. Aún así se observa una pauta generalizada de la patología que puede servir para estudiar la evolución en la evolución de sus morbos.

EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES GENERADAS POR EL ALCOHOL

Para simplificar la explicación, dividiremos la evolución de la enfermedad en 5 fases.

1. PRIMERA FASE

El primer órgano que se afecta es el hígado. La hepatopatía alcohólica sigue un proceso lento a lo largo del tiempo. Empieza a manifestarse analíticamente con la **elevación de las transaminasas en sangre**, para seguir una evolución anatomopatológica a través del acúmulo de grasa en los hepatocitos (**esteatosis hepática**).

Los pacientes alcohólicos que acuden a ABATTAR suelen estar, casi en su inmensa mayoría, en esta primera fase.

2. SEGUNDA FASE

En la segunda fase de la evolución se afecta el sistema cardiovascular, siendo uno de los primeros síntomas la **hipertensión Arterial**, porque la droga alcohol, en grandes cantidades, es un factor coadyuvante en las causas reversibles de hipertensión leve o moderada.

3. TERCERA FASE

Podría afirmar que mientras la patología orgánica se mantenga dentro de las dos primeras fases se limitará dentro de unos límites y no irá a más. En cambio, cuando entra en la tercera, el organismo comienza a verse afectado de una manera más generalizada.

En esta fase comienza a afectarse el sistema digestivo globalmente.

La disfunción del estómago nos dará toda una serie de **gastralgias**, pero también contribuirá a una **malnutrición** máxima cuando el intestino delgado termina estando también afectado. La malnutrición se manifiesta como **avitaminosis**, principalmente del complejo B. Hoy en día, la avitaminosis prácticamente se limita a la **neuropatía periférica**, pero todavía puede observarse casos con **Síndrome de Korsakoff**, de **Wernicke** e incluso de **Pelagra** en indigentes, patologías de las que no se han hallado casos en ABATTAR si bien aparecen en la bibliografía.²⁴

La disfunción del páncreas tiene dos vertientes, por un lado ocasionará la **Pancreatitis Aguda**, que puede evolucionar en **crónica**. Por otro lado, al ser el páncreas el productor de insulina, ocasionará la aparición de **Diabetes Alcohólica**. Qué duda cabe que a todos aquellos que ya sean diabéticos *per se* el alcohol les va a agravar la enfermedad²⁵.

1.1.4. CUARTA FASE

Mientras que la tercera fase marca un poco la frontera de gravedad, la cuarta señala entrar en un círculo vicioso en las lesiones de los órganos que se van deteriorando progresivamente. La hepatopatía, por ejemplo, que se había mantenido estabilizada en una esteatosis y un aumento de las transaminasas, empieza a empeorar encaminándose hacia la **hepatitis** y la **cirrosis**.

La musculatura también acabará siendo dañada por la droga alcohol en lo que se conoce como **Miopatía alcohólica**. Dado que el corazón es todo músculo, se ve claramente que, dicha afección muscular, nos provocará a la larga una **Miocardopatía Alcohólica**.

Por otra parte se afecta el intestino grueso, que junto con la del delgado, se traduce en la aparición de **diarreas** que son debidas a las lesiones hemorrágicas que provoca la droga alcohol en las vellosidades duodenales, al aumento de la motilidad del intestino delgado y a la disminución de la absorción del agua y electrolitos en éste y en el grueso.

También el Aparato Respiratorio puede verse afectado, pues uno de los **cánceres típicos del alcohol** es el de **laringe**, sobre todo si además es fumador.

1.1.5. QUINTA FASE

La última fase puede llegar a aparecer sin que todos los morbos anteriores hayan llegado al nivel comentado, y de hecho vemos algunos de sus síntomas con anterioridad, aunque es en ésta cuando empeoran y sean muchísimo más manifiestos y graves.

Tenemos la afección del sistema genitourinario, que se manifiesta tempranamente con una **disfunción sexual**, siendo varios los pacientes preocupados porque *no funcionan bien en la cama*.

Más frecuente que la disfunción sexual es la **pérdida de memoria**, la cual no se refiere a la que se pueda tener tras una fuerte borrachera, sino a la amnesia que va apareciendo estando el individuo sobrio. Aunque el propio enfermo no se dé cuenta de esta pérdida²⁶ sí es corroborada por el cónyuge en numerosos casos.

Estas dos circunstancias pueden aparecer mucho antes de llegar a la quinta fase, pero es en ésta cuando se convierten en espectaculares. Se dan casos de verdaderas *lagunas de memoria*. Un ejemplo claro es de quien saliendo de Andorra (Te) en dirección a Barcelona, apareció tres días más tarde en Bilbao. Nunca supo qué es lo que pasó en esos tres días.

Algunos de los que llegan a la quinta fase en la evolución de la patología orgánica pueden padecer verdaderas hecatombes:

- Sistema genitourinario: Puede haber un **malfuncionamiento renal** con **retención de líquidos**
- Glándulas hormonales: Las alteraciones de las hormonas sexuales pueden hacer que los alcohólicos varones adquieran **rasgos feminoides**. Por otro lado está demostrado que la droga alcohol **incrementa los niveles de cortisol** y **disminuye las hormonas tiroideas T3 y T4**.
- Huesos: las afecciones en el sistema esquelético consisten en una alteración del metabolismo del calcio, con **mayor riesgo de fracturas** y **osteonecrosis** de la cabeza femoral.

- Médula ósea: alteración en la producción del sistema hematopoyético, lo que ocasionará **anemia, agranulocitosis y trombocitopenia.**
- Hígado: el declive es ya general. La lesión del hígado repercutirá también en el metabolismo del hierro, que se acumulará en el organismo, en la enfermedad conocida como **Hemocromatosis.**

Llegados a este grado de deterioro el desenlace habitual suele ser la muerte del enfermo.

EJEMPLO DE UN CASO CLÍNICO

El paciente, en el momento en que vino a ABATTAR, presentaba la siguiente patología:

- Esteatohepatitis con alto grado de fibrosis
- Acúmulo de hierro en hepatocitos (hemocromatosis)
- Diabetes
- Síndrome diarreico crónico
- Anorexia
- Depresión
- Parestesias en extremidades inferiores sugestivas de necrosis periférica
- Pancreatitis crónica
- Anemia

En este momento, pese a la espectacularidad del cuadro, el enfermo habría podido recuperarse parcialmente; aunque nunca habría recuperado la salud al completo. Al mantener la abstinencia, patologías como la diarrea, la anemia y la neuropatía se habrían resuelto al 100 %; la diabetes habría quedado controlada y el paciente habría podido vivir aún muchos años.

Desgraciadamente la enfermedad había traspasado la segunda frontera de la dependencia, aquella que los convierte en "adictos irreversibles". Fue imposible para él mantener la abstinencia. De esta forma su salud empeoró muy rápidamente y a los seis meses sumaba a las patologías anteriores: cirrosis, ascitis y derrame pulmonar, entrando en fase terminal, que se complicó con una neumonía, la cual ya no pudo superar.

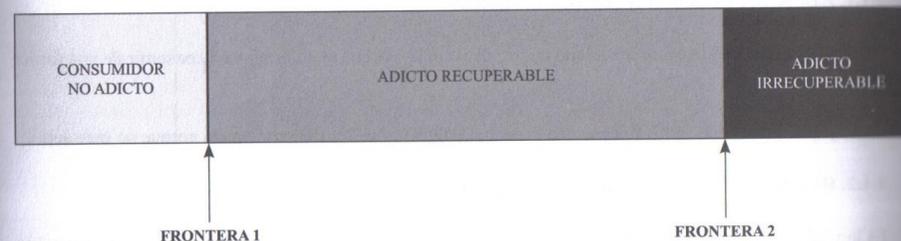
ENFERMEDADES AÑADIDAS A.B.A.T.T.A.R. (1981-2011)²⁷

Patología	Frecuencia	Frec. acumulada	Porcentaje	% acumulado
Sistema digestivo	186	186	29,71	29,71
Trastornos psicológicos	155	341	24,76	54,47
Aparato respiratorio	81	422	12,94	67,41
Sist. cardiovascular	65	487	10,38	77,79
Sist. neurológico	55	542	8,79	86,58
Sist. endocrino	21	563	3,35	89,93
Sist. locomotor	10	573	1,60	91,53
Otras patologías	53	626	8,47	100

2. RECAÍDAS E IRRECUPERABILIDAD

Dentro de los enfermos existe un porcentaje muy pequeño que son irreversibles²⁸, es decir, que no tienen cura, falleciendo finalmente por su adicción. Son una clase de enfermos que es la *asignatura pendiente*, ya que desconocemos completamente todo de ellos. ¿Cuál es el daño que la adicción ocasiona en su cerebro, para que se vean imposibilitados a reaccionar?

Podemos representar el historial de la Enfermedad Adictiva según el siguiente esquema:



Una persona empieza a consumir una sustancia potencialmente adictiva. Durante un tiempo más o menos largo no será adicto, pero llega un día que cruza la frontera 1 y se convierte en dependiente.

¿Dónde está esa frontera 1 y cuándo ocurre? No se sabe. Dicha frontera no es la misma para todos sino que cada uno la tiene personalizada, cada enfermo tiene su propia frontera y la cruza el día que le llegue.

Durante otro período de tiempo esta persona, ahora adicta, podrá abandonar el consumo y rehabilitarse hasta el día que cruce la frontera 2. Al igual que con la primera tampoco se sabe cuándo ocurrirá y también es personalizada. Eso sí, en el momento que se cruce, ese enfermo nunca abandonará su adicción y morirá por culpa de ella.

No hay ningún estudio definitivo sobre la irreversibilidad, lo único que se puede afirmar es que, hoy por hoy, el único tratamiento factible es prevenirla. Pero para ello es necesario conocer sus mecanismos y conocerlos significa saber los mecanismos de la adicción y sobre todo de las recaídas, pues **nunca habrá irreversibilidad si no hay recaídas previas.**

Esto es importante que se sepa. Lógicamente, no todos los que recaen son irreversibles. Esto tampoco hay que olvidarlo.

No es conveniente crucificar a aquel que recaer, para evitar así que no vuelva a hacerlo, porque el paciente si en vez de verse arrojado tras su recaída, se ve perseguido o atacado, es probable que abandone la Asociación o Centro en que se está rehabilitando, lo que significaría en el peor de los casos que se convirtiera en irreversiblemente al proseguir su consumo.

Sin embargo, *arrojarlo* no significa consentir y mucho menos quedarse con los brazos cruzados. Hay que estudiar las circunstancias de cada recaída y estudiar los Factores de Riesgo que pueden originarlas para tratarlos y evitar que vuelva a suceder, porque solo evitando las recaídas evitaremos la irreversibilidad.

²⁸ De los 626 enfermos atendidos en ABATTAR en 2008 sobre el tema, de 500 enfermos atendidos hasta aquel entonces, 8 fueron irreversibles, lo

2.1. LAS RECAÍDAS

Puede ocurrir alguna recaída debido a la dependencia física, ya que ésta nos ocasiona el síndrome de abstinencia, pero superado éste gracias a la medicación todas las recaídas serán siempre por la dependencia psicológica, que es el paradigma de la Enfermedad Adictiva.

Podemos dividir las recaídas en conscientes e inconscientes.

2.1.1. RECAÍDA CONSCIENTE: VOLUNTARIA

Sería más propio hablar de *no levantada* en vez de recaída, porque el enfermo va a consumir de una forma consciente y al caso.

No hay que buscar más motivaciones que la propia voluntad del dependiente, quizá porque no cree serlo.

2.1.2. RECAÍDA INCONSCIENTE: INVOLUNTARIA

Es la verdadera recaída y ante la pregunta de "¿por qué lo ha hecho?", la respuesta más frecuente es: "no lo sé".

Dicha respuesta y la necesidad de prevenir las recaídas originó un estudio retrospectivo de las mismas en ABATTAR.

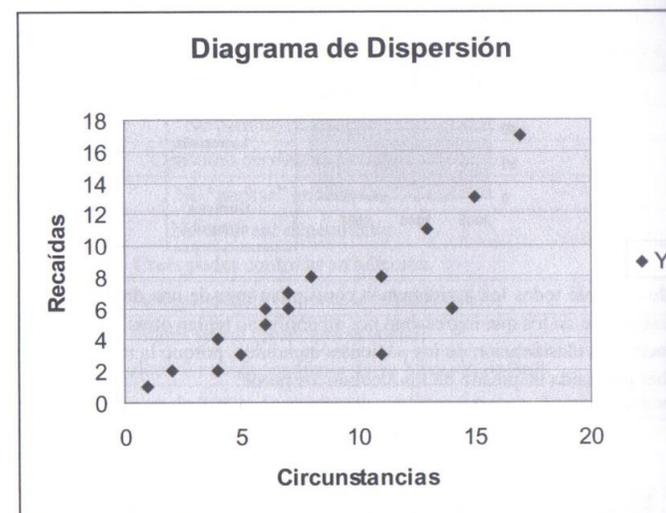
2.1.3. FACTORES DE RECAÍDAS EN ENFERMOS ALCOHÓLICOS

En el estudio de cada recaída se observó una serie de circunstancias o características²⁹, que se iban repitiendo en cada uno de los casos y que no se daban de forma única sino en grupo. Ahora bien, aquellas coyunturas también aparecían en quienes no habían recaído. Así pues, ¿hasta qué punto podían considerarse dichas situaciones como Factores de Riesgo?

Se estudiaron retrospectivamente un total de 53 enfermos alcohólicos que habían recaído durante los 20 años de la existencia de ABATTAR³⁰. Posteriormente se analizaron los datos bajo la hipótesis nula de que las eventualidades detectadas no influían en las recaídas. Se utilizó, para ello, tablas de contingencia 2x2, calculando el riesgo relativo (RR) y sometiendo los resultados a la prueba del Ji-cuadrado con corrección de Yates.

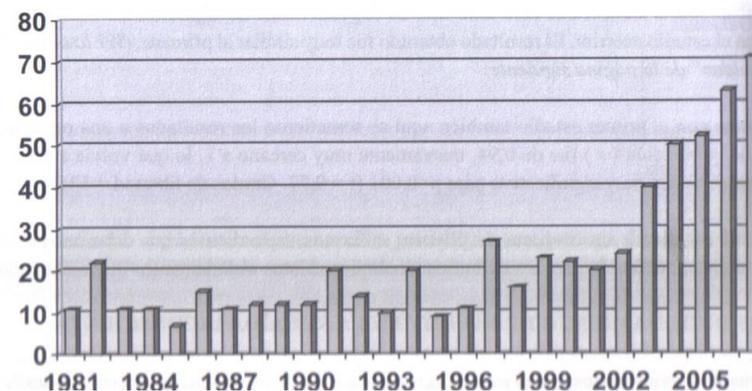
Se admitieron como válidas todas aquellas circunstancias que tuvieron el RR superior a 1 y eran significativas, rechazándose las que no lo eran, aunque tuvieran un riesgo relativo superior a 1.

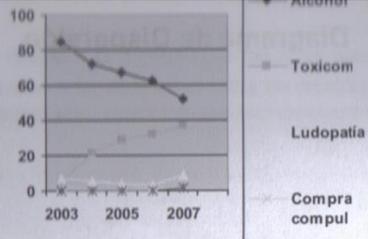
Aunque es indudable que en las recaídas influyen más factores que los estudiados los presentes sirven como modelo para trabajar en las terapias. No obstante, el estudio fue retrospectivo, se habían sacado muchos datos de historias clínicas en pacientes que ya no existían en ABATTAR; por ello, para confirmar los resultados obtenidos se realizó una regresión lineal, en donde se obtuvo un coeficiente de correlación (r) cercano a 1 ($r = 0,98$), lo que nos indicó que la correlación era buena siendo muy significativo para $p < 0,001$ ($t = 17,45$. Grados de libertad = 12) y nos confirmó que las características estudiadas eran un importante Factor de Riesgo para la



2.1.4. FACTORES DE RECAÍDAS EN ENFERMOS ADICTOS (ESTUDIO 2007)

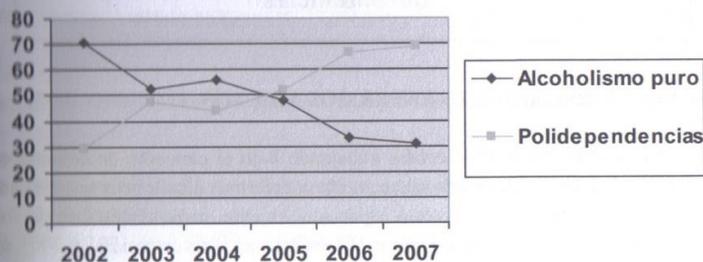
Aunque desde el año 1996 ABATTAR estaba trabajando bajo el concepto de considerar las adicciones como una única enfermedad, se siguió viendo básicamente a enfermos alcohólicos hasta el año 2004, a partir del cual el ingreso por otras toxicomanías creció espectacularmente, incrementándose de forma igualmente llamativa el número total de ingresos, pasando de los 165 enfermos vistos entre 1981 y 2001 a 500 enfermos en los finales de enero de 2008.





ra bien, dado que casi todos los toxicómanos consumían más de una droga y todos bebían alcohol y que un porcentaje alto de los que ingresaban por alcoholismo tenían otras dependencias, ya fuera droga se puede hacer otra clasificación de los pacientes atendidos, porque la relación de asistencias cambia mente al haber una caída en picado de los alcohólicos puros:

Porcentaje de asistencias



La nueva realidad en ABATTAR llevó a que se realizara un nuevo estudio de los Factores de Recaídas total de 500 enfermos y 87 recaídas en los 25 años de vida de la Asociación. Teníamos como novedad se estudiaban solo a alcohólicos sino todo tipo de dependencias. Se siguieron las mismas premisas y conclusiones que en el estudio anterior. El resultado obtenido fue muy similar al primero. (Ver la tabla "Factores de riesgo en Recaídas" de la página siguiente)

Como se hizo con el primer estudio también aquí se sometieron los resultados a una regresión lineal, coeficiente de correlación (r) fue de 0,94, nuevamente muy cercano a 1, lo que volvía a indicar que la relación era buena siendo muy significativo para $p < 0,001$ ($t = 9,77$. Grados de libertad = 13).

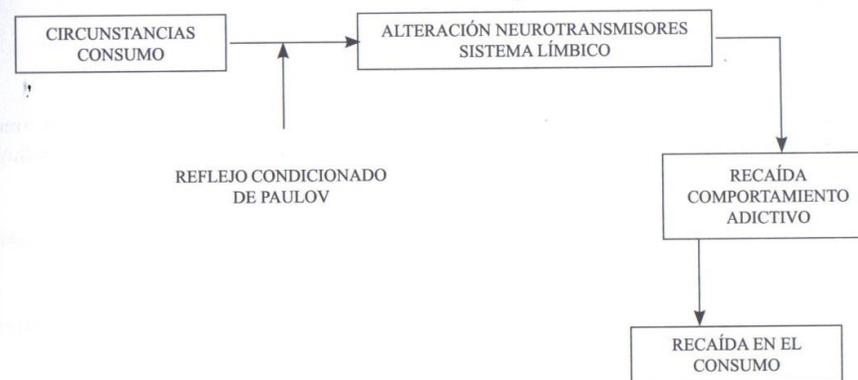
Definitiva, el estudio de un conjunto de diversos enfermos dependientes nos daba unos Factores de riesgo muy similares al obtenido para los enfermos alcohólicos vistos aisladamente.

5. EL CONDICIONAMIENTO DE PAULOV EN LA RECAÍDA INCONSCIENTE

Los Factores de Riesgo vemos que el más peligroso con $RR = 9,43$ (el mayor riesgo relativo detectado) es **Cambiar los hábitos o costumbres**: seguir asistiendo a los mismos sitios, relacionarse con la misma gente, seguir haciendo lo que se hacía cuando se consumía. En otras palabras, mantener o recuperar el medio ambiente constituye el estímulo condicionado que vimos al tratar el tema y que nos genera, por sí solo, la recaída.

FACTORES DE RIESGO EN RECAÍDAS - LISTADO DE MAYOR A MENOR RIESGO RELATIVO (RR) -

Factores de riesgo	RR
No cambio de hábitos	9,43
Consumo cerveza sin alcohol	6,58
No "abrirse" en terapias	6,58
No creer ser dependiente	6,36
Crear poder controlar su adicción	5,92
Ocultar su dependencia (durante la rehabilitación)	5,86
Status social (prepotencia social)	5,86
Crear que el alcohol es independiente de su adicción de base	5,86
Abandono Asociación con menos de 3 años de asistencia continua (período de rehabilitación)	5,08
Ninguna ayuda familiar	5,02
Poca implicación familiar en terapias	4,29
No obedecer pautas (reglas) de la Asociación	4,28
Introverso	3,79
Psicopatología de base (no relacionada con su adicción)	3,79
Prepotencia en terapias	2,83



Podemos decir que el paciente sufre una recaída psicológica (entendiendo ésta como una recuperación del comportamiento adictivo) antes de la recaída propiamente dicha, es decir antes de volver a consumir.

Tras la alteración de los neurotransmisores por el estímulo condicionado el cerebro empieza a funcionar como el de un dependiente en activo. Inconscientemente y sin que el propio interesado se percate comienza a racionalizar su dependencia, a cuestionar la abstinencia, a comportarse cada vez más según los patrones de conducta adictiva, lo cual refuerza el camino hacia la recaída... hasta que vuelve a consumir.

Si durante este proceso el paciente percibe lo que le sucede o si se da cuenta la familia, se puede poner coto y detener el desarrollo de la recaída antes de que llegue el último paso: el consumo. En caso contrario acabará

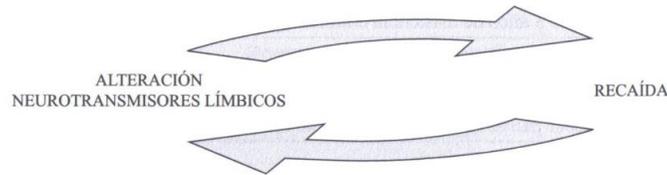
2.1.6. LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LAS RECAÍDAS

La principal virtud de los Factores de Riesgo es que conocerlos ayuda a evitar, y/o detectar antes de que ocurra, una posible recaída.

Tampoco hay que olvidar que los Factores de Riesgo se potencian cuando coinciden varios en el mismo individuo, lo que suele ser bastante habitual.

2.2. EL ENFERMO IRRECUPERABLE

Con lo que llevamos visto hasta la fecha sobre la biopsicología de la adicción podemos conjeturar lo que sucede en la etiopatogenia del enfermo irrecuperable: una alteración permanente de los neurotransmisores límbicos, lo cual crea un círculo vicioso:



Mientras el círculo no se rompa la irrecuperabilidad no tiene solución, y el problema estriba en que todavía no sabemos qué es lo que ocasiona que dicho círculo se mantenga irrompible. O en otras palabras, qué hace que los neurotransmisores se queden alterados de forma permanente.

2.2.1. FACTORES DE RIESGO DE IRRECUPERABILIDAD

Estrictamente se podría decir que todos los Factores de Riesgo de las recaídas lo son también de la irrecuperabilidad, porque es necesaria la primera para que ocurra la segunda. Ahora bien, ¿todos los Factores influyen igual o algunos son más peligrosos que los otros a este nivel?

En los 30 años de ABATTAR ha habido 8 enfermos irrecuperables, todos los cuales han fallecido debido a su adicción.

Entre las circunstancias observadas estaba la “debilidad de carácter”, pero finalmente se rechazó al ser un concepto excesivamente subjetivo y por ello muy sujeto a sesgo.

Los que se aceptaron fueron sometidos a tablas de contingencia 2x2 con estimación de Ji-cuadrado y corrección de Yates, exactamente igual a como se había estudiado las recaídas.

De los factores estudiados únicamente tres demostraron ser significativos. (Ver la Tabla “Factores de Riesgo de Irrecuperabilidad” de la página siguiente)

Dentro de los Factores de Riesgo observados en las recaídas son estos tres los que más influyen para que

FACTORES DE RIESGO DE IRRECUPERABILIDAD (LISTADO DE MAYOR A MENOR RIESGO RELATIVO)		
Estimación Ji-2	Factores de Riesgo	RR
P<0,01	Psicopatología de base (no relacionada con su adicción)	26,4
P<0,01	No “abrirse” en terapias	14
P<0,001	No cambio de hábitos	1,70
Coeficiente de correlación (r) = 0,99 t = 31,18 grados de libertad = 1 p<0,05		

es aquel que posee una psicopatología de base, seguido del que no se “abre” en las terapias. Vemos pues que el estado mental o psicológico del dependiente influye sobremedida en la evolución posterior de la enfermedad. Sin embargo, no hay que olvidar que la muestra es demasiado pequeña, lo cual puede errar el resultado, más que como fiables hay que considerar los resultados como orientativos.

No olvidemos, por otra parte, que son tan solo Factores de Riesgo y eso únicamente nos dice que la presencia implica la PROBABILIDAD de enfermarse³², NO la seguridad.

EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ADICTIVA

LA SUPUESTA PREVENCIÓN EN LAS DEPENDENCIAS

Cualquier profano en la materia insistiría en la importancia de la prevención.

La realidad histórica, la ley de la oferta y la demanda; y sobre todo, los intereses creados de los propios gobiernos, demuestran la INUTILIDAD del sistema preventivo en cuestión de la Enfermedad Adictiva.

En 1975 el Dr. Bogani³³ escribió: *“las bebidas alcohólicas no son un alimento natural. Su consumo, más que una necesidad humana, es la expresión de un patrón cultural y de la acción de los intereses económicos”*. En 1989 la producción total de vino y subproductos fue en todo el territorio aragonés de 2.524'40 millones de pesetas. ¿Cuánto no sería en toda España? En 2006 el número de empresas dedicadas a la elaboración de bebidas en Aragón era de 142, ocupando el segundo lugar del total de empresas de la industria agroalimentaria del viejo reino aragonés. Ese mismo año España ocupaba el nóveno lugar en la producción mundial de alcohol, con toda la rentabilidad económica que ello conlleva.

Así las cosas...

¿Qué sistema preventivo puede haber cuando hay dos drogas, DOS, que están legalizadas y auspiciadas por los gobiernos: tabaco y alcohol?³⁴

¿Qué sistema preventivo puede haber si los propios ministros te sueltan la barbaridad de que el vino (alcohol) es alimento?

¿Qué prevención podemos esperar de un sistema sanitario que defiende que el vino a dosis mínimas puede ser beneficioso para la salud³⁵ al prevenir enfermedades cardiovasculares? Me remito a las enfermedades que causa.

Frente a esto existen las soluciones estrafalarias de algunos políticos a nivel mundial.

En una sociedad de consumo como es la nuestra prima el comercio, el cual se rige según la ley de la oferta y la demanda. Si la última es escasa se hace propaganda para que la gente compre y consuma. Lo vemos a diario en todos los anuncios de la televisión.

En la cuestión de las drogas pasa lo mismo. Son un negocio, como pueden ser los transistores, el móvil, el *atacamante que lava más blanco*, el cava, la cerveza 0'0, el ron que convierte en diablo al ángel según la tele, etc.

En otras palabras, son los problemas originados por la adicción lo que obliga a un individuo a dejarse el tratamiento y no el consumo en sí.

Estamos hablando del **comercio**, no de la economía de las drogas, ya que ésta es mucho más compleja. Dejemos de lado a los vividores, granujas y otros parásitos que se enriquecen gracias a las drogas ilegales y a los incautos que pican en ellas. Dejemos también aparte a las personas honradas, honestas, prohombres de la sociedad y biennacidos que se forran con las legales. Dejémoslos pues ambos especímenes bien-viven gracias al negocio de las drogas, pero no tienen su sustento en ellas, que es la cuestión que interesa comentar respecto a su **economía**.

Son miles de personas las que comen gracias al alcohol (comen, no se hacen millonarios), empezando con el viñador y continuando con el trabajador de la destilería. ¿Qué pasaría si de golpe y porrazo se suprimiera el alcohol? ¿Qué pasaría con la economía, no del país, sino de todos esos obreros del campo, que necesitan de la vid para poder subsistir?

Pues otro tanto se puede decir de los labradores que cultivan la coca en Sudamérica o el opio en Afganistán.

El problema es tan sumamente complejo que no se soluciona quemando los campos de cultivo, como sugieren de tanto en tanto algunos países receptores de la droga. Y esto se puede entender con el siguiente ejemplo: ¿Qué cara pondría el Gobierno español y los españoles si nos quemaran las viñas, y la que pondría el agricultor que vive de ellas? Y, lo más importante, ¿se habría solucionado algo pegándoles fuego?

Y no hemos comentado nada del juego, del cual también se benefician los gobiernos con sus *loterías y apuestas del Estado*, sin contar los impuestos a bingos, casinos, etc.

Entonces, de verdad, **¿podemos hablar seriamente de Prevención en las dependencias?**

Resumiendo: las Asociaciones ni están preparadas para la Prevención ni tienen formas, y quienes sí tienen medios, recursos, preparación y poder, no tienen ningún interés, con lo que es tontería insistir en ello. Ya a principios del siglo pasado se podía leer: *“los gobiernos, en su mayor parte, faltos del apoyo y del empuje de la opinión, no se deciden a abordar el problema con toda la tenacidad y energía que su importancia requiere... Y es natural que todo esto suceda, puesto que tanto la mayoría de los gobernantes, como la masa general del público, son alcohólicos en mayor o menor grado de intoxicación”*³⁶.

EL CONCEPTO DEL TRATAMIENTO

El tratamiento de una adicción no consiste en dejar de consumir. Considerar esto es desconocer la enfermedad, porque nadie, por el simple hecho de consumir acude para curarse.

Para entender lo expuesto, ya que a más de uno le chocará, hay que decir que si una persona vive sola y su adicción no le causa problemas o no las da a los demás, nunca querrá curarse.

Aquel que viene a un centro lo hace porque su dependencia le causa problemas en casa, en el trabajo, de salud, económicos o con la Ley.

En otras palabras, son los problemas originados por la adicción lo que obliga a un individuo a dejarse el tratamiento y no el consumo en sí.

De ahí que el tratamiento no es dejar de consumir, sino solucionar dichos problemas.

Naturalmente.

Dejar el consumo es el primer paso obligado, porque si se sigue consumiendo no hay nada que hacer.

Pero no hay que confundirlo con que *ese* es el tratamiento.

Todo aquel que crea que con abandonar el consumo ya ha hecho todo el trabajo está muy equivocado porque la dependencia ha originado la aparición de una conducta equis, que al cabo de unos años, se convierte en costumbre y continúa comportándose igual a pesar de dejar de consumir. ¿Y **de qué le sirve a una familia que el adicto fuera un café consumiendo si continúa siéndolo sin consumir**, ya que ha sido su forma de actuar y no el consumo en sí mismo quién ha provocado los problemas?

Se deduce por tanto que el tratamiento consiste en cambiar dicho proceder adictivo por otro no adictivo el cual el abandono del consumo es simplemente el primer paso. Pero no olvidemos que, en esta patología es únicamente el consumidor quien está enfermo, sino que lo está toda la familia. A modo de recordatorio remito al cuadro comparativo entre adicto y co-adicto que vimos en páginas anteriores.

¿Dónde conduce esto?

Sencillamente que el cambio de comportamientos a realizar no ha de incluir únicamente al enfermo también a su pareja, porque si el uno cambia, pero el otro no, los problemas familiares seguirán sin solución aunque se solucionen los demás.

Recapitulando y a modo de fórmula matemática, dado que ya no solo se trata de rehabilitar al enfermo consumidor, sino a la familia en bloque, la terapéutica elemental de cualquier dependencia es:

Tratamiento de la adicción = (dejar consumo + cambio comportamiento) + cambio comportamiento cónyuge

Sin embargo, conseguir esto no es sencillo. Para obtenerlo el enfermo ha de poner todo de su parte simplemente querer curarse. Todo aquel que vaya a una Asociación a que **le curen** es como aquel que quiere que le paguen el jornal sin trabajar. En el caso del obrero, no solo no le pagarán sino que le despedirán; caso del adicto, no solo no se curará sino que recaerá.

La implicación del enfermo en el tratamiento de cualquier enfermedad es fundamental. Si un médico receta un medicamento y regresa al cabo de una semana comprobando que ni siquiera ha ido a la farmacia difícilmente se curará, y si le deja las pastillas en la mesilla, pero el doliente no se las toma tampoco se cura. Pues si en una adicción se le dice al paciente lo que tiene que hacer, pero no lo hace, ya puede seguir viniendo a calentar sillas y devotarse a San Cosme, la Milagrosa o al Perpetuo Socorro que no se curará.

De la misma manera que en el ejemplo un trabajador tiene derecho a un sueldo justo, pero se lo tiene que ganar con su trabajo; también el adicto se tiene que ganar su rehabilitación trabajándosela, porque para que el tratamiento sea efectivo **se tiene que curar él**, no lo ha de curar la Asociación, llámese ésta ABATT, Lourdes. La Asociación, sus compañeros, le dicen lo que tiene que hacer, pero *quien debe hacerlo* es él.

³⁶ Antonio Piza y Aguado Marinoni "Las bebidas alcohólicas: el alcoholismo" Año aproximado de edición: 1904

- la rehabilitación

Los tres apartados se pueden considerar también como fases, pero son coetáneas, es decir, deben ir cumpliéndose al mismo tiempo.

El tratamiento de una adicción, recordemos, no consiste en dejar de consumir, porque todo aquel que únicamente se queda en la abstinencia, está en lo que llamamos el "dique seco". Se trata de aquella persona que se sigue comportando igual a cuando consumía, pero sin hacerlo. Puede estar toda su vida sin volver a consumir, pero ¿de qué le sirve a una familia que el adicto continúe dando los mismos problemas aunque no consuma?

Otro tanto se puede decir del cambio de hábitos. Esto solo previene las recaídas, pero nada más. El mayor factor de riesgo en la aparición de las recaídas consiste en mantener las prácticas de antaño, porque, si recordamos cuando se trató el aprendizaje en la adicción, el cerebro asocia diversos estímulos del entorno con la administración de la droga (Ej.: bares, aseos, agujas, otros drogadictos, etc.). Era el aprendizaje que llamamos "condicionado". La importancia del mismo es que si se mantienen las rutinas y costumbres de cuando se consumía, la rehabilitación es prácticamente imposible. Igualmente tiene importancia en la aparición de las recaídas. De ahí la necesidad de cambiar de usos. Pero uno puede conseguir esto y mantenerse en el "dique seco", porque el resto de su conducta sigue igual.

En definitiva, ni la abstinencia (primer paso y fundamental) ni los cambios de hábitos, rehabilitan al enfermo. Quien lo rehabilita son los cambios del comportamiento.

Ahora bien, el cambio de conducta (lo que lleva a la rehabilitación) necesita de los otros dos, porque si no consigue la abstinencia, no hay nada que hacer. Pero si la consigue y cambia de proceder, mas no de hábitos ni costumbres acabará recayendo, con lo que tampoco habrá conseguido nada.

4. EL CONCEPTO DE LA REHABILITACIÓN

Hemos estado viendo que la enfermedad es siempre la misma, ya hablemos de la droga alcohol o de cualquier otra adicción, sin embargo, el enfermo no es el mismo, encontramos tantas variedades como enfermos hay. Así pues, ¿cuándo podemos asegurar que un enfermo equis está realmente rehabilitado?

Tomemos por ejemplo que ha cambiado de comportamientos, etc., etc., por tanto está rehabilitado. Y va, preguntamos a la familia y nos sueltan: "sí, pero..."

Mi padre decía que de donde no hay no se puede sacar, y José Bielsa (primer presidente de ABATTAR) aseguraba en las terapias que, por mucho que cambie uno, si es feo, seguirá siendo feo.

En otras palabras, la familia en ocasiones pide peras al olmo. El enfermo debe rehabilitarse, pero no a imagen y semejanza de la familia, sino a la suya y la familia deberá aceptarlo, y si no lo acepta, allá cada cual.

Entonces, ¿cuándo podemos decir que un adicto está rehabilitado?

No existe el termino "rehabilitación sí"-"rehabilitación no".

Existen *grados* de rehabilitación.

preferen el bachillerato, este gusta tener un peritaje, aquel estudios universitarios; finalmente tener siguen estudiando toda su vida.

Con la rehabilitación ocurre otro tanto. Hay quien se conforma con poco y para él está perfectamente rehabilitado, y hay quien cree que puede estar toda su vida rehabilitándose, porque quiere ser mejor persona. Dentro de estos dos extremos tenemos toda una gama de grados de rehabilitación.

Podemos decir pues que una persona está rehabilitada, desde su punto de vista, cuando se encuentra consigo misma. Pero esto no quiere decir que lo esté desde el punto de vista familiar. Por ejemplo que se estanca en el dique seco, lo hace porque está satisfecho en esa situación; para él está rehabilitado la familia ni siquiera ha empezado a estarlo.

El problema reside muchas veces en saber si un enfermo se ha estancado en un grado de rehabilitación porque ya no da más de sí, o porque no quiere rehabilitarse más. Si esta situación es perjudicial para el enfermo deberá decidir si aceptarlo o buscar otra solución más drástica. Existen varios casos en que el matrimonio vez de separarse cuando estaba en activo, lo ha hecho tras la rehabilitación.

De la misma manera que la familia enferma por culpa del adicto, la rehabilitación de ésta también es competencia suya. La familia ha enfermado debido a su conducta, y si no cambia, la familia no mejorará su vida, porque según se comporte él, se comportará ella.

Hemos definido la adicción como una *enfermedad autoprovocada sin querer*. "Autoprovocada" porque la produce uno mismo, nadie obliga a otro a beber la droga alcohol ni ninguna otra a base de pistola. Pero se den casos tampoco hay conflictos psicológicos que degeneren en una adicción, no es la norma. Lo que es que uno prueba la droga, le gusta y repite; y es a fuerza de repetir como se convierte en adicto. Pero quiere serlo. Ninguno quiere ser alcohólico, cocainómano, ludópata ni adicto a ninguna otra droga. Pero ocurre. Uno se convierte en dependiente sin darse cuenta; a la que quiere percatarse, ya lo es.

La siguiente etapa es que la adicción genera un comportamiento, el cual a base de mantenerlo durante los años de actividad adictiva queda como costumbre. En el momento de dejar el consumo, dicho comportamiento se sigue haciendo por "costumbre". Dado que los problemas familiares han sido por dicho comportamiento no por el consumo en sí, si la pauta permanece los problemas **no** desaparecen.

"Es que yo soy así", nos dicen confundiendo la conducta con la personalidad. Naturalmente, **no** son los problemas familiares los que nos hacen adictos, si fueran no serían unos enfermos, serían unos canallas, unas malas personas que disfrutaban haciendo sufrir a otros. Si uno deja de consumir, pero continúa haciendo padecer a la familia, ¿se puede hablar de enfermedad? Es una enfermedad porque, tras romperse los hilos que nos manejan como marionetas, dejamos de hacerles

El asunto está en que como el comportamiento adictivo ha quedado como costumbre, no va a desaparecer por sí solito. El enfermo tiene que echarlo, ha de cambiar de actitudes y conductas al caso, adrede y de forma consciente, porque a la que se descuide la cabra tirará al monte, y no estamos hablando de que vayan a consumir sino de volverse a conducir como un cafre.

Con los años la nueva conducta también quedará como costumbre y ya no tendrá necesidad de ser controlada por el enfermo, pendiente de cómo relacionarse con la familia.

La adicción crea un tipo de mentalidad, de conducta, comportamientos y costumbres desviadas que el enfermo debe corregir, porque **la curación de la dependencia consiste en un cambio de mentalidad**.

mente que no debe alcohol, pero nada más.

¿Qué diferencia hay entre este caso actual y lo que veía yo con los toxicómanos en la granja terapéutica en que trabajé hace 26 años? Allí, una vez el joven ingresaba, la familia se desentendía de él y dejaba toda la labor en nuestras manos. Me llamaba mucho la atención aquel abandono, que he seguido viendo en ABATTAR si bien aquí en muy raras y escasas ocasiones. Pero allí era habitual. Un abandono que los padres paliaban luego, cuando el chico bajaba a casa, con excesivos mimos satisfaciendo todos sus antojos. Igualmente me llamaba la atención la actitud de los hijos, que utilizando aquellos mimos los abrazaban y besaban, en un alarde de cariño exagerado, rayante a la farsa, aunque fuera un cariño sincero, pero que a través del cual conseguían todo lo que pedían, desde un helado hasta lo más caro. En aquellos instantes parecía que les hubiera hecho la boca un fraile, y los padres, con su vanidad paternal halagada, caían en la trampa y les compraban o les daban dinero como cuando el chico se drogaba.

¿Qué diferencia había antes y después? Ninguna. El comportamiento seguía siendo el mismo, aunque ahora ya no pidieran droga sino ropa o zapatos.

Salvando la distancia podemos comprobar que la mentalidad del primer ejemplo es la misma que la del segundo. Casos como estos y similares están en las Asociaciones a puñados hoy en día. De ahí, insisto, que la curación de la dependencia consiste en un cambio de mentalidad. No es dejar de consumir "y ya vale", no. Hay que cambiar todo un estilo de vida que muchos han llevado durante 10, 20 o más años.

Y esto hay que trabajárselo.

No hay pastillitas milagrosas que curen la dependencia. El enfermo se lo ha de currar él. El grupo de autoayuda, como dice su nombre, le ayuda, pero nada más.

4.1. EL CAMBIO DE MENTALIDAD

Vencido por las circunstancias y pocas veces convencido el enfermo dependiente acude finalmente a la asociación, y tras la acogida se establece el tratamiento particular de su adicción concreta, para comenzar seguidamente con las terapias, que contienen el tratamiento común.

Durante los primeros meses la finalidad principal de las terapias será la abstinencia y su mantenimiento mientras se espera que, con los testimonios de los compañeros, vaya convenciéndose y admitiendo su enfermedad.

A pesar de que cada enfermo es distinto todos han de seguir un proceso similar al siguiente:

- 1- **Tener las ideas claras.** Durante esos primeros meses su mente ha de despejarse lo suficiente para responder a la pregunta: *¿Qué es lo que ha hecho desgraciada mi vida y la de mis familiares?* La respuesta ha de ser sincera y no darla a los demás sino a sí mismo. Si ya está convencido de lo que le sucede, la respuesta es obvia: *mi adicción.*
- 2- **¿Cómo soluciono esto?** Todavía hay personas que, desconociendo esta clase de enfermedad, responden que no beban o no jueguen, en definitiva que no consuman. La respuesta correcta no es esa sino superando la adicción.
- 3- **Saber realmente qué queremos.** Si la primera pregunta es importante porque es el reconocimiento de la enfermedad, la tercera no lo es menos, porque define el tipo de curación a alcanzar. *¿Qué queremos?*

ningún otro cambio se queda en lo que llamamos el "dique seco".

c. *¿La rehabilitación?* Si la respuesta es esta última, una vez comenzada y viendo lo que vi guiendo se tendrá que hacer una pregunta nueva: *¿Qué grado de rehabilitación quiero? ¿el o superior?* Recordemos que dijimos que existían diversos niveles en la rehabilitación y los comparamos con los estudios.

PACIENTES ATENDIDOS DE 1990 A 2011 DISTRIBUIDOS POR PROVINCIAS³⁷

Años	Provincias									
	Teruel	Zaragoza	Castellón	Madrid	Pontevedra	Taragona	Toledo	La Rioja	Bare-lona	Quada-lajara
1990	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1991	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1993	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1994	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1995	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1996	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1998	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	19	-	1	1	-	-	-	-	-	-
2000	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2001	16	3	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	23	1	-	-	-	-	-	-	-	-
2003	39	1	-	-	-	-	-	-	-	-
2004	46	1	1	-	1	1	-	-	-	-
2005	45	3	1	-	-	-	1	-	-	-
2006	51	3	2	-	-	1	-	1	-	-
2007	31	4	1	-	-	1	-	-	1	-
2008	42	5	1	-	-	-	-	-	-	1
2009	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2010	51	1	-	-	-	-	-	-	-	-
2011	37	2	2	-	-	1	-	-	-	-

Contestadas estas tres preguntas básicas ya solo queda el modo. ¿Cómo conseguimos estos objetivos general cada cual a su manera. Pero hay dos sistemas elementales: el desordenado y el metódico. El pri

³⁷ El concepto de enfermedad única en la dependencia nace en 1996, podemos ver que es posterior a dicho año cuando comienzan a

la evolución psicológica de niño a adulto sino que incluso pueden crear una regresión. Según la edad en que se convirtió en dependiente, el enfermo adicto conserva un mayor o menor rasgo infantiloides en su personalidad. La característica del pensamiento infantil, dice Piaget, es que el niño no es sistemático ni organizado, vive en el instante dado, en el impulso del momento. Por contra el adulto es más metódico, suele seguir un orden, en el que cada paso conduce a otro.

4.2. PAUTAS HACIA LA REHABILITACIÓN

El siguiente modelo es simplemente un ejemplo del método ordenado, pero la finalidad del sistema que se emplee es siempre la misma: cambiar el comportamiento adictivo a otro no adictivo.

4.2.1. EL LENGUAJE

a) **Decir la verdad (ser sinceros).** Una de las características de todo enfermo adicto es que miente más que habla. ¿Por qué se miente? En su caso es sencillo: ocultar su dependencia. Hasta tal extremo llegan sus mentiras que se mienten ellos mismos sin darse cuenta, porque cuando dicen "yo controlo" o "mañana lo dejo", en ese preciso momento en que lo aseguran, se lo creen de verdad. Pero si la causa de la mentira (el consumo) ya no existe, el embuste pierde su razón de ser, ya no es necesario. Aparte de que la familia está acostumbrada a que se le mienta; si esto no desaparece, el enfermo de cara a su cónyuge e hijos no está avanzando ni un paso.

La falta de sinceridad imposibilita la aparición de la **Humildad**, porque el que no es humilde se engaña a sí mismo al negarse a reconocer sus propios fallos.

b) **Emplear el lenguaje con dulzura.** La forma como se emplea el lenguaje dice mucho de nuestra forma de ser. ¿Y no ha sido acaso la "forma de ser durante la adicción" la que ha creado toda clase de conflictos en la relación con la familia y otros allegados? Si se cambia dicha forma de ser es necesario que desaparezca también la antigua forma de expresarse.

De esta forma el lenguaje ha de evitar el falso testimonio, la charla inútil, el cotilleo, la calumnia y la injuria, no solo en sus formas obvias sino también en las encubiertas: el desprecio sutil, la falta de tacto "accidental", el dicho mordaz, etc.

¿Por qué?

Porque otras de las características de la dependencia es la agresividad, la violencia, ya sea física, verbal o gestual, la cual puede persistir durante la rehabilitación, no siendo la primera vez que alguien se escuda en ABATTAR como excusa: "*A mí me han dicho que sea sincero, así que a quien no le guste lo que digo que se fastidie*". Pues no, mire usted. Eso no es ser sincero, eso es tener mala leche. Tan importante es decir la verdad como saber cómo decirlo.

Y dado que se puede decir lo mismo a gritos y con buenas palabras, es preferible lo segundo, ya que los gritos generan enfrentamientos. Aparte que el que grita no demuestra que tenga razón en sus afirmaciones, tan solo que tiene buena voz. Lo que nos lleva a que en la dialéctica deberá hablar pensando y con razones, cosa que ninguno hace cuando está en activo consumiendo.

4.2.2. LA CONDUCTA

José Bielsa Blasco, el único alcohólico rehabilitado que posee dedicada una plaza en toda Europa por su labor terapéutica, decía muchas veces: "*si mi manera de comportarme me llevó al alcoholismo, cómo voy a seguir portándome igual, ¿para qué? ¿para que me vuelva a llevar?*".

la adicción, la cual a su vez generará nuevos hábitos y costumbres. Será el cerebro quien aprenda el ambiente en que nos movemos con el consumo de la droga en cuestión.

Mantener o regresar a los hábitos y costumbres aparecidos durante la adicción puede llevarnos pero mantener intacta la conducta inicial (que fue la que nos llevó al primer consumo antes de también puede representar un riesgo.

4.2.3. LA MENTALIDAD

La conducta de una persona que NO es adicta y su forma de ser están relacionadas con su manera de ver la vida. Otro tanto ocurre con el adicto, el cual además tiene el inconveniente de que su dependencia le ha creado una forma de pensar y ver la vida distinta y que oscila siempre alrededor del consumo de la adicción se vive al día, tanto tengo, tanto gasto. Se vive solo por y para la adicción. Esta se ha convertido en una obsesión, en un *medio de vida* que ocupa la mente del enfermo adicto todo el día y ya cuando se levanta mañana únicamente piensa en conseguir el producto.

Por ello el dependiente que se quiere rehabilitar solo puede aspirar a cambiar él mismo debiendo ver la vida desde un punto de vista diferente al que tenía mientras consumía.

4.2.4. EL ESFUERZO

No por mucho madrugar amanece más temprano.

La rehabilitación no es una carrera. No es importante llegar el primero. Lo importante es llegar, en buenas condiciones. Así que cada cual ha de llevar su ritmo propio, lo que no quiere decir que se quede en los laureles. Cambiar de mentalidad, de forma de ser y de comportarnos puede llevar, en algunos casos, muchos años, porque no se cambia de la noche a la mañana. Uno que lleva 10, 20, 30 años consumiendo de una manera, no va a cambiar en unos meses. Como mínimo, para estar fuertes (fuertes, no necesariamente sanos) se necesita un promedio de 3 años de asistencia continua a las terapias.

Hay personas que han visto tantos cambios en ellos en un año que creen que ya lo han conseguido y se van a donar a la Asociación. Así les va. Que la inmensa mayoría recaen.

Tampoco se puede hacer las mismas cosas cuando se lleva 5 años rehabilitado que cuando se era adicto. Si se quiere hacer, pongamos por caso. Un ejemplo: se aconseja que no se acuda a ninguna boda durante el primer año. Casi ninguno hace caso. Vienen de la boda y dicen convencidos de que lo han pasado muy bien. Y cuando se casan, lo han pasado bien en relación a cuando consumían. Pero al cabo de dos años van a otra y se dan cuenta que en realidad, en la primera boda lo pasaron fatal. En aquella primera no consumieron, lo cual fue un error, pero tampoco disfrutaron, porque se pasaron toda ella pendientes de lo que bebían los demás. En la segunda se dedicaron a pasárselo bien sin fijarse en lo que hacían los otros.

Resumiendo, en el proceso de rehabilitación se necesita un esfuerzo adecuado. Es igual que en el caso de un alpinista: ninguno subirá al Everest si primero no se prepara debidamente y se entrena con montañas más pequeñas.

4.2.5. LA CONCENTRACIÓN

De acuerdo que cada cual ha de llevar su propio ritmo en la rehabilitación, pero tampoco debe acordarse de esto. Esto quiere decir que nunca debe olvidar y hay que tener siempre presente una serie de puntos:

- No apalancarnos creyendo que ya hemos hecho todo el trabajo, porque no es cierto
- Desear siempre rehabilitarse un poco más para no quedarnos estancados. Se puede comparar al coche en una cuesta arriba, si se queda parado empezará a recular.
- Saber escuchar
- Pensar antes de hablar, etc.

4.2.6. EL TRABAJO

Todos hemos de trabajar, pero si el trabajo que se tiene puede ser motivo de recaída es preferible que se busque otro cuanto antes y una vez hallado cambiar de oficio. Hay enfermos alcohólicos que trabajan en un bar, y para ellos supone una complicación, aunque si lo llevan bien salen más fortalecidos. Pero en algunos pocos casos, su trabajo se les apodera, y puede ser motivo de recaer, son estos y no aquellos quienes deberían plantearse cambiar de trabajo.

Otro ejemplo es aquel que por causas laborales abandona la Asociación antes de tiempo. El porcentaje de recaídas es excesivamente alto. Y no es por el trabajo en sí sino por el abandono. Tuvimos un caso que consiguió un empleo en otra provincia, pero siempre se las arreglaba para acudir todas las semanas a las terapias. Consiguieron rehabilitarse. En cambio, todo aquel que antepone el trabajo a las terapias, recae, y no solo eso, en ocasiones encima pierde el empleo al volver a consumir.

5. LAS TERAPIAS EN LA ADICCIÓN

En el transcurso de los años el concepto de enfermedad en la adicción ha cambiado por completo: depresión, ansiedad y patología de carácter, se consideran hoy en día *síntomas*, en vez de causas, de la adicción. Es decir, por ejemplo, que la depresión no conduce a la adicción sino que es ésta quien provoca aquella. Las terapias de autoayuda grupales han de impulsar, entre otras cosas, a que el enfermo supere todas las secuelas (orgánicas y psicológicas) que ocasiona su dependencia.

Las terapias en la adicción son, como el tratamiento general, multidisciplinar: en ella existen elementos de autoayuda y otros de terapia de la conducta. El primero reside en que cada enfermo es una *fotocopia* de otro, y mediante el ejemplo y la identificación se consigue salir de la dependencia ("*yo era igual que tú, pero hice esto y esto y mírame ahora; si yo he podido tú también puedes*"). El segundo consiste en cambiar la conducta adictiva en otra no-adictiva. *Terapia de la conducta* es un término usado para describir un conjunto de procedimientos derivados de la *teoría del aprendizaje* y, en consecuencia, de los *principios del condicionamiento*, y tal es lo que ocurre en esta enfermedad, pues es una conducta adquirida durante la dependencia, la cual tiene un fuerte componente de aprendizaje condicionado.

Es en las Terapias de Grupo de Autoayuda en donde se consigue tanto la rehabilitación como la prevención de las recaídas. Se ha de intentar crear en el grupo un clima que favorezca la autocomprensión del enfermo y la comprensión de los demás, para que todos los miembros entiendan el mecanismo por el que su vulnerabilidad psicológica los conduce al consumo y dependencia del alcohol y otras sustancias.

Si bien la enfermedad es la misma para todos, el enfermo no lo es, con lo cual cada dependiente ha de utilizar sus propios mecanismos particulares para su rehabilitación dentro del sistema general utilizado. La labor del terapeuta es, entre otras cosas, ayudar a elaborar al enfermo su sistema propio más idóneo.

Sinceridad. El enfermo ha de ser sincero en sus comentarios. Siempre hay algunos que no lo son, respuesta a otros enfermos tampoco, escudándose en que como "*fulano no es sincero, ¿Por qué que serlo yo y contar mis cosas?*"? No se dan cuenta que los verdaderos perjudicados con dicho son ellos mismos, pues "guardarse" cosas que les preocupan es un factor de riesgo que predispone a recaídas.

Secreto. De la misma manera que un médico debe guardar secreto de lo que le comentan y las condiciones de sus pacientes, los asistentes a las terapias no deben comentar nunca fuera de ellas lo que ocurre en las terapias ni qué personas acuden o dejan de acudir a la Asociación.

Dar y recibir. En las terapias el enfermo (tanto consumidor como familiar) reciben las experiencias de los compañeros cogiendo de ellas lo que más les conviene para su rehabilitación, pero al mismo tiempo están dando al exponer ellos sus propias experiencias.

Compromiso con las terapias. En la participación activa de las terapias el enfermo se compromete con los demás. No debe esperar nunca a que el terapeuta le pregunte sino levantar la mano y pedir la palabra si tiene algo que decir. No puede fallar a los compañeros ni consentir que los compañeros le fallen.

Compromiso con la Asociación. La Asociación se compone de personas y por ley de vida, los terapeutas de ahora van desapareciendo; si no son reemplazados por gente nueva la Asociación desaparecerá y con ella muchos futuros adictos no podrán rehabilitarse. De ahí que una de las premisas de la Asociación es que **enfermos debe ser ayudar a los demás de la misma manera que me han ayudado a mí.**

Cortesía en las terapias. No se puede permitir insultos, faltas de respeto, etc. de nadie hacia nadie.

5.1. FACTORES CURATIVOS

Algunas de las siguientes potencialidades curativas son especialmente importantes durante las fases del tratamiento de las adicciones:

- Apoyo positivo y presión para mantener la abstinencia por parte de los demás participantes.
- Identificación recíproca y oportunidad de experimentar que no se encuentran solos en la lucha con la dependencia.
- Oportunidad de comprender sus propias actitudes y su negación de la adicción al tener la oportunidad de confrontar actitudes y defensas similares en otros pacientes
- Aprendizaje experimental e intercambio de información que conlleve la idea de que la abstinencia es siempre primacía, potenciando que el paciente asuma su identidad como enfermo dependiente al tener la oportunidad de experimentar con otras sustancias.
- Identificación, cohesividad, esperanza y apoyo en un encuadre definido y estructurado con unos principios precisos que favorecen la distinción entre las consecuencias que son responsabilidad del paciente, es, tomarse la primera copa, por ejemplo) y aquellas de las que NO son responsables (es decir, la enfermedad de la adicción)
- La oportunidad de tomar conciencia de cómo su comportamiento adictivo, convertido en conducta, puede dificultar la creación de relaciones sanas con otras personas³⁸.

5.2. OBJETIVOS DE LAS TERAPIAS

Las terapias buscan motivar a los adictos, y debemos considerar los siguientes principios:

³⁸ Algunos autores consideran que las dificultades de establecer y mantener relaciones interpersonales sanas son particularmente importantes, dado que esta incapacidad es uno de los más importantes factores que contribuyen a las recaídas y vuelta al consumo de sustancias. En otras palabras, si lo que lleva a un individuo al tratamiento es su adicción, lo que conduce al abandono de dicho tratamiento es su comportamiento adictivo (algunos autores hablan de *tratamiento de su personalidad*).



ABATTAR

“En momentos de lucidez pensaba: si laboralmente soy un desastre, si económicamente soy una ruina, si familiarmente soy una pena y ante la sociedad soy una piltrafa, ¿qué soy?”

*José Bielsa Blasco “el Lindo”
Presidente de A.B.A.T.T.A.R. de 1982 a 2002*