

Vías Naturales de Recuperación

También por Pam Moore

El Reino Interior: Un Viaje de Seis Semanas

Desconéctate y Vive Libre

Enséñame el Camino: Cómo Desengancharte y Vivir Librementemente

Vías Naturales de Recuperación

Uso de The Star Matrix
Assessment© y MMRP© para
Revolucionar el Tratamiento

Por Pam Moore, LICSW y Steve Moore, LICSW

Uso de The Star Matrix Assessment© y MMRP© para Revolucionar el Tratamiento

Por Pam Moore, LICSW y Steve Moore, LICSW
Kettlepot Press, 2021

ISBN 9798316672004

Se han cambiado ciertos nombres y materiales identificativos para proteger la privacidad de esas personas.

Todos los ingresos de este libro se destinarán a la Fundación para la Investigación de las Adicciones para continuar con la investigación y la educación sobre los trastornos por consumo de sustancias.

El Multi Modal Recovery Process: Usar la Evaluación de Star Matrix para Revolucionar el Tratamiento

2021 © Copyright por Pam Moore y Steve Moore. Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este libro puede ser utilizada o reproducida de ninguna manera sin permiso escrito, excepto en el caso de citas breves.

Para obtener más información, ponte en

contacto a: Kettlepot Publishers

4126 Autumn Lane Birmingham, Al 35243.

O al correo

pam@mooreinstitute.net **Página**

web: www.mooreinstitute.info

Portada: pintura de Shauna Moore

Editado por Alice Evan

Diseño e ilustraciones del libro de Sandra Slate

A todos los que trabajan y se esfuerzan por poner fin al sufrimiento.

Agradecimientos

Hemos tenido la suerte de recibir la influencia de muchos grandes maestros y líderes a lo largo de los años. Estamos agradecidos a todos los que nos ofrecieron ideas y sabiduría a lo largo de los años, con un reconocimiento especial a Terrance Gorski (1949-2020). Fue un hombre adelantado a su tiempo y dio al mundo de la recuperación información tan valiosa sobre recaídas y el Síndrome de Abstinencia Postaguda.

Durante nuestro trabajo en el tratamiento de pacientes hospitalizados y en la atención directa, conocimos y aprendimos de muchos cuidadores talentosos de todo tipo. Nuestros compañeros de trabajo en este campo han influido enormemente en nuestro trabajo.

Saludamos a todos aquellos que trabajan para ayudar a los demás. Apreciamos mucho a nuestros colegas. Se necesita mucha fortaleza y coraje para trabajar en un campo en el que perdemos demasiados.

Hemos tenido el privilegio de trabajar con miles de personas que nos han ayudado a comprender lo que realmente está sucediendo. Gracias por el regalo de trabajar contigo mientras te recuperabas.

Queremos agradecer a Sandra Slate, que nos ayudó a ilustrar y editar este libro. Gracias a Shauna Moore por la inspiradora pintura en la que se basa la portada. Queremos dar las gracias a Sandra Slate, que nos ayudó a ilustrar y editar este libro. Gracias a Shauna Moore por la inspiradora pintura en la que se basa la portada.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a Jim Burke. Su apoyo y aliento para que sigamos en el camino significa más de lo que las palabras pueden expresar. Y seguimos Adelante.

Contenido

Introducción.....	i
Capítulo 1 Cómo Llegamos Aquí	1
Capítulo 2 Lo Mismo Pero Diferente	14
Capítulo 3 RAW - Listo, Capaz, Dispuesto	27
Capítulo 4 Los Límites de las Etiquetas y Modelos	42
Capítulo 5 ¿Eres Adicto?.....	52
Capítulo 6 Genética y Biología	66
Capítulo 7 Frecuencia, Intensidad y Duración	75
Capítulo 8 Trastornos Coexistentes	81
Capítulo 9 Consecuencias y Vergüenza	96
Capítulo 10 Problemas Físicos: Enfermedad, Accidentes, Envejecimiento y Síndrome de Abstinencia Post-Aguda	108
Capítulo 11 El Plan: Posibles Implicaciones para la Intervención, los Tratamientos y la Recuperación	114
Capítulo 12 Rendición de Cuentas/Ajustes	129
Capítulo 13 Éxito en el Camino Natural	137
Epílogo	145
Apéndice A – Examen ACES	148
Apéndice B- Recursos de Autoayuda	151
Referencias	156

Introducción

En medio de las dificultades se encuentran las oportunidades.

Albert Einstein

La mayoría de las personas mejoran. Simplemente no mejoran de la forma en que creemos que deberían hacerlo.

Puede ser muy aterrador y abrumador que tú o un ser querido tengan un problema con el consumo de alcohol o drogas. Hay esperanzas, la mayoría de la gente se recupera. Los estudios que se citan a menudo sobre resultados negativos, como cárceles, instituciones o muerte, son extremadamente improbables y no son los resultados habituales de los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS). Esto no significa que tu situación no sea grave e importante. Tampoco significa que esos resultados drásticos no puedan ocurrirte nunca a ti o a alguien que te importa. Sin embargo, hay motivos para la esperanza si podemos comprender lo que está ocurriendo realmente y determinar el mejor curso de tratamiento.

Buscar alivio para el dolor y los problemas es un rasgo humano. La gente ha intentado encontrar una forma de abordar y aliviar estos problemas desde que tenemos constancia de la historia. Durante gran parte de ese tiempo, los humanos han utilizado sustancias que alteran el estado de ánimo

de alguna forma como parte de ese esfuerzo. Podría considerarse un uso satisfactorio cuando conseguimos aliviarnos del consumo de sustancias a corto

plazo. Incluso el consumo de sustancias a largo plazo, con pocas consecuencias significativas, puede considerarse consumo con éxito. Sin embargo, el consumo sin éxito se caracteriza por cualquier consumo continuado de sustancias a pesar de las graves consecuencias negativas, o de la amenaza de consecuencias negativas. No existe un problema real si uno reconoce las consecuencias negativas y cambia de conducta. Los verdaderos problemas surgen cuando se continúa consumiendo sustancias que alteran el estado de ánimo a pesar de las graves consecuencias negativas. Debemos utilizar entonces el término Trastorno por Uso de Sustancias o TUS para caracterizar un comportamiento personal que se ha vuelto disfuncional.

Por eso hemos dedicado nuestras carreras a trabajar, cuestionar e investigar los trastornos por consumo de sustancias. Hemos pasado miles de horas trabajando con personas con trastornos por abuso de sustancias, y con sus familias a lo largo de treinta años. En el método tradicional de recuperación nos enseñaron que la única forma de recuperarse era ir a 90 Reuniones de 12 Pasos en 90 días, leer el Libro Grande y trabajar los pasos con un padrino. Este método funcionaba para algunas personas, pero no para todas. Así que nos preguntamos, cuestionamos e investigamos. Este libro explicará lo que aprendimos de un modo fácil de entender y utilizar.

En este libro, te explicamos cómo contemplar la recuperación del trastorno por consumo de sustancias (TUS) de diversas maneras y por qué te resultará útil. Te presentaremos el Multi Modal Recovery Process © (Proceso de Recuperación Multimodal) y el Star Matrix Assessment System© (Sistema de Evaluación de la Matriz Estrella). El tratamiento debe ser único para el problema y las cuestiones del individuo. Diseñamos nuestro primer concepto de Star Matrix a principios de 2002. En aquel momento, era demasiado complejo y complicado. Lo dejamos en el tablero de dibujo y nos centramos en cómo simplificar la Star Matrix para convertirla en un modelo operativo. Poco a poco, con el tiempo, conseguimos convertirla en un modelo sencillo y directo.

Originalmente, la Star Matrix era una estrella de cuatro puntas que incluía biología/genética; frecuencia, intensidad y duración; trastornos coexistentes; y consecuencias. Al trabajar con el modelo en la práctica, nos dimos cuenta de dos cuestiones importantes que mejoraron el modelo. La

vergüenza se convirtió en una parte importante de las consecuencias. El otro factor del que nos dimos cuenta con el tiempo era lo mucho que podían influir los problemas físicos en el trastorno por abuso de sustancias de una persona, así como afectar a su recuperación. Esto podía incluir traumas físicos en el cuerpo, enfermedades, la edad, así como los efectos del síndrome de abstinencia post-agudo en una persona. En un capítulo posterior se analizan más a fondo estas conclusiones. A raíz de nuestras conclusiones, añadimos un quinto brazo a la Star Matrix.

A partir de la Star Matrix desarrollamos el Proceso de Recuperación Multimodal. Puesto que hay muchas formas de ver lo que significan las palabras «alcohólico/adicto», nos dimos cuenta de que también debemos tener muchos métodos para tratar el problema. Hablaremos de cómo estos dos métodos combinados ayudan a definir el término alcohólico/adicto de una forma nueva. Esta forma de pensar y de entender tanto el problema como la solución ofrece una perspectiva adicional con un camino mucho más esperanzador para los que necesitan ayuda.

CÓMO LLEGAMOS AQUÍ

*El secreto del cambio es centrar toda tu energía no en luchar contra lo viejo
sino en construir lo nuevo.*

Sócrates



Cómo conocemos la SUD (Historia de la Adicción)

Sabemos mucho sobre el uso, y el mal uso, de sustancias que alteran el estado de ánimo. La sencilla razón es que viene ocurriendo desde hace mucho tiempo. Ha habido problemas con el uso excesivo de sustancias que alteran el estado de ánimo probablemente desde que conocemos estas sustancias. A menudo nos hemos preguntado quién descubrió algunas de ellas: parecería que para descubrir una hoja que cambiara tu estado de ánimo, alguien tuvo que fumar un montón de cosas malas que no hacían nada. Sin embargo, parece que nuestros antepasados persistieron y ahora conocemos y hemos creado muchas sustancias que alteran el estado de ánimo humano, al menos temporalmente. Algunas de estas sustancias han producido resultados relativamente buenos en general y algunas han reducido gran parte del sufrimiento humano (como el dolor agudo).

Sin embargo, si pudiéramos echar un vistazo a la historia y a la literatura con la intención de comprender mejor los resultados globales, podríamos ver que ha habido problemas con el mal uso, el uso excesivo y el abuso de estas sustancias desde que existen. A partir de ahí pudimos ver algo que podría llamarse la «Historia de la Adicción», aunque no hayamos utilizado este término durante mucho tiempo. En cambio, hemos utilizado el término Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) durante un tiempo aún más breve.

La pregunta más importante es por qué algunas personas tienen problemas importantes con el consumo excesivo de sustancias, mientras que otras no. ¿Por qué algunas personas siguen ingiriendo sustancias que alteran el estado de ánimo a pesar de las graves consecuencias negativas o de la amenaza de consecuencias negativas? La historia podría revelar que disponemos de una cantidad significativa de información sobre el uso indebido, aunque sólo sea por esta razón: desde que existen estos problemas, ha habido personas que han buscado soluciones.

Como ocurre con muchos problemas humanos, la mayoría de lo que descubrimos con el tiempo son posibles soluciones que no parecen mejorar la situación, o quizá incluso empeoran el problema. Por ejemplo, la vergüenza, la culpa y el castigo no parecen reducir la incidencia de los trastornos por consumo de sustancias. Si encerrar a la gente por consumo de drogas y alcohol funcionara, ya habríamos notado resultados positivos. Los programas de prevención del consumo de drogas que implican una intervención precoz no han contribuido en absoluto a reducir los problemas de consumo de sustancias. Puede que aún diseñemos programas que sean eficaces, pero nada de lo que hemos hecho hasta la fecha parece haber reducido el porcentaje de personas que tienen los problemas que ahora llamamos SUD. Hemos aprendido muchas formas que no son útiles y, afortunadamente, hemos aprendido métodos que son eficaces. La cuestión es cómo podemos utilizar toda esta historia e información de la mejor manera posible para ti hoy.

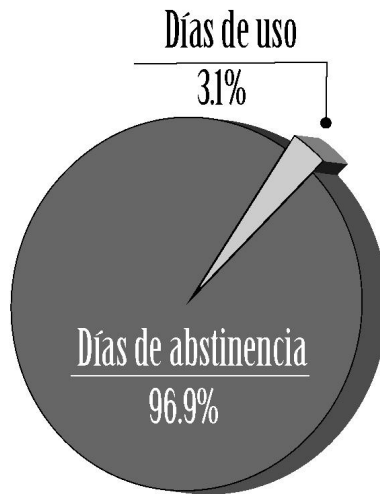
Llevamos más de 30 años trabajando en el campo de la recuperación de problemas de abuso de sustancias y hemos tenido el honor de ver cómo miles de personas cambiaban su vida a mejor. La Recuperación suele suceder. A menudo ocurre lentamente, a veces rápidamente, pero la mayoría de la gente mejora. No es un proceso sencillo ni rectilíneo, sin embargo se avanza y se mejora con el tiempo, lo cual es alentador e importante de recordar. La mayoría de la gente mejora.

La mayoría de los modelos de recuperación se basan en una información extremadamente limitada sobre los resultados. A menudo se han reducido a una idea que sugiere lo que funciona mejor para la mayoría de la gente. Otra idea utilizada para muchos modelos de recuperación es que funciona si tú lo trabajas. Estas dos ideas combinadas han dado lugar a la noción de que los profesionales del tratamiento saben lo que va mal y saben qué hacer al respecto. El único problema es conseguir que la gente lo haga. La profesión del tratamiento de la SUD ha involucionado hacia modelos simplistas de recuperación para problemas complejos. La mayoría se ha quedado con la idea de que ellos saben lo que te pasa y lo que tienes que hacer al respecto, por lo que debes estar dispuesto a hacer lo que ellos te digan. Con el tiempo hemos llegado a la certeza de que tener soluciones sencillas para problemas complejos es atractivo pero no eficaz.

Debemos encontrar la manera de denunciar el progreso, no la perfección, sin que eso equivalga a un permiso para seguir utilizando.

Lo que está Bien Frente a lo que está Mal

Se tiende a prestar más atención a los deslices y las recaídas que a los avances. Una persona se abstendrá durante 95 días y consumirá durante 2 días, y esto se considera un fracaso. Debemos fijarnos en lo que hizo mal en esos 2 días, en vez de en cómo consiguió 95 días de abstinencia.



Trabajar con trastornos por abuso de sustancias es una de las pocas áreas médicas en las que la perfección absoluta es la única medida de éxito realmente aceptable. Entendemos que hay mucho miedo cuando una persona que ha estado abstinente vuelve a consumir sustancias, aunque sea por poco tiempo. La familia de una persona con un problema de abuso de sustancias se ha visto traumatizada por el miedo constante a las consecuencias negativas que conlleva un trastorno por consumo de sustancias. Es lógico que cualquier persona pueda verse fácilmente desencadenada en una acción negativa basada en el trauma que puede crear la vida con un drogodependiente. Los

profesionales que les rodean tienden a reforzar esta creencia de que sólo la perfección es aceptable en el ámbito de la abstinencia.

Tenemos que encontrar una forma legítima y viable de denunciar el progreso, no la perfección, sin que ello equivalga a un permiso para seguir consumiendo. No apoyamos ni fomentamos el consumo continuado de sustancias que alteran el estado de ánimo como parte de la solución, pero reconocemos la realidad de que la mayoría de las personas que intentan cualquier forma de sobriedad vuelven a consumir, incluso mientras intentan mejorar. A menudo están mejorando y debemos encontrar formas de trabajar con el éxito y dejar de castigar el proceso. El proceso de recuperación es como un maratón. Cada paso es importante, pero va a ser una carrera larga. Debemos aprender a medir el progreso de una forma más mesurada.

30 Años Estudiando el Problema

Cuando empezamos a trabajar en este campo, hace más de 30 años, existía un modelo rígido de recuperación desde hacía mucho tiempo. Un usuario iba a un tratamiento hospitalario durante 28 días, volvía a casa, asistía a 90 reuniones de 12 pasos en 90 días, conseguía un padrino, leía el «Libro Grande» de Alcohólicos Anónimos y quizá probaba la terapia y el postratamiento. No había mucho tiempo para la familia, el trabajo o la vida fuera del programa. A la gente se le decía que funciona si lo trabajas, y para aproximadamente el 10% de las personas que se recuperan del abuso de sustancias (SUD), esto es cierto. Otro 10% volverá al tratamiento afirmando que no lo trabajó y entonces lo incluimos en la categoría de recaída. Decimos que no lo trabajaron bien, por lo que recayeron. Sin embargo, para la mayoría de las personas, la recuperación del abuso de sustancias toma una trayectoria mucho más compleja que este simple camino lineal. Existe un proceso de recuperación realista y natural que es válido porque se basa en la experiencia vivida por personas que mejoran. Lo más importante es que el camino no lineal

y más complejo hacia la mejora es lo que ocurre con la mayoría de las personas. Existe un camino natural de recuperación para cada persona y debemos encontrarlo con ella, al tiempo que honramos y reforzamos su propio camino hacia la recuperación. Para muchas personas, esto incluye algunos años de reducción del daño en forma de consumo de sustancias menos peligrosas. Hay personas que acaban dejando la heroína o el alcohol pero siguen fumando marihuana. Están mejor, pero no de la forma que nos han enseñado a pensar. No defendemos este enfoque, pero reconocemos la realidad de la vida de las personas. Debemos encontrar formas de honrar el progreso, no la perfección, y centrarnos en el éxito que hace avanzar a las personas en su camino.

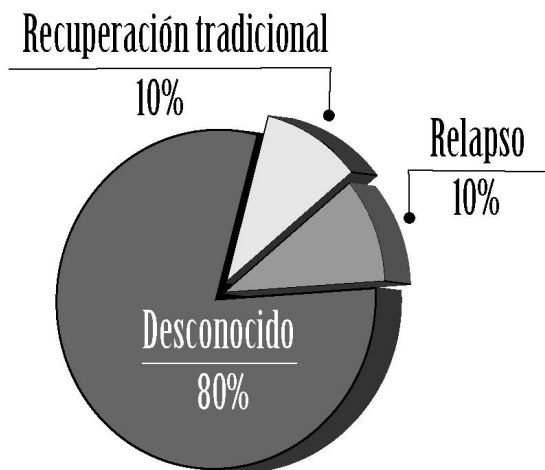
Lección Dolorosa

Una de las autoras, Pam, tenía una querida amiga con la que había estado en tratamiento llamada Kathy. Después de cinco años, Pam se había mantenido sobria, y Kathy era una «recaedora crónica» que acababa de descubrir que tenía cirrosis y que iba a morir pronto. Le preguntó muy sinceramente a Pam «por qué tú y no yo» (por qué tú tuviste éxito, pero yo no).

Pam se lo pensó un buen rato. Kathy había seguido las instrucciones más que Pam. Kathy había conseguido voluntariamente un padrino y Pam lo había intentado, pero había sido incapaz de seguir con uno. Kathy había trabajado a fondo los 12 pasos, había asistido a más reuniones y se había puesto de rodillas y rezado todas las noches. Pam también se esforzaba mucho, pero no de la forma tradicional en que lo hacía Kathy. Entonces, ¿por qué Pam y no Kathy? No fue porque Pam lo hubiera intentado más o mejor. Kathy lo había intentado en serio. Pam no podía responder a la pregunta de Kathy en aquel momento. Decidimos que era importante seguir haciéndonos esa pregunta y, en parte, eso es lo que este libro pretende responder. ¿Por qué Pam y no Kathy? Poco después de esta conversación, Kathy murió de complicaciones derivadas del alcoholismo. Su pregunta sigue viva entre nosotros... esperamos que puedas ver que aunque Kathy murió luchando todavía contra el alcoholismo, mejoró.

Es mucho más difícil, como consejero de adicciones, trabajar con una persona cuya recuperación parece desordenada e impredecible, pero la verdad es que pueden estar en un camino acertado. Están mejor, sólo que de un modo poco convencional. Al principio de nuestras carreras, existía la comodidad de creer que había una única forma de recuperarse, por lo que nuestro único trabajo era convencer a la persona con SUD de que siguiera el camino que se había diseñado para ella en este modelo estricto. Era el único camino que a menudo funcionaba y no había ninguna desviación del programa.

A menudo, en los programas de tratamiento primario el modelo parece funcionar. La presión de grupo llevaba a la gente a decir: «Hola, me llamo Pam y soy alcohólica/adicta». Esto parecía un éxito para todos. Pensábamos que habíamos admitido y aceptado el problema. Entonces todo lo que había que hacer era enseñar al usuario a trabajar los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos y luego proceder al plan de alta muy estándar de 90 reuniones en 90 días con la persona continuando en AA el resto de su vida. Después de eso, pensábamos que permanecerían sobrios y vivirían felices para siempre. Pero no era eso lo que ocurría. Si sólo un pequeño porcentaje de las personas que eran remitidas a las reuniones de 12 pasos hubieran seguido yendo de por vida, ahora estarían celebrando reuniones en estadios de fútbol. Y sin embargo, el número de personas que asisten a reuniones de 12 pasos para todas las formas de SUD se ha mantenido estable durante aproximadamente los últimos 40 años, según las cifras de la oficina del Centro de AA. El modelo en el que nos formaron no parecía funcionar, excepto para un 10% de las personas de los programas. Habíamos construido todo el modelo de cómo debería ser la recuperación según el 10% que podíamos observar.



¿Dónde está el 80% restante?

Las investigaciones demostrarían que otro 10% de las personas vuelven al tratamiento diciendo que no funcionaron con el programa (incumplidores) y que habían fracasado. A este grupo se le solía llamar recaedores crónicos. A menudo se les decía que si se esforzaban más, el programa les funcionaría, y entonces se esforzaban más, pero volvían a fracasar. Les culpábamos del problema. El tratamiento del abuso de sustancias es el único lugar en el que el programa nunca se equivoca. Si mejoras, es porque el programa es estupendo. Si no mejoras, siempre es culpa tuya. A veces decidíamos caracterizarlos como «constitucionalmente incapaces» de mejorar según el programa estándar.

«Rara vez hemos visto fracasar a una persona que haya seguido a fondo nuestro camino. Los que no se recuperan son personas que no pueden o no quieren entregarse por completo a este sencillo programa, normalmente hombres y mujeres constitucionalmente incapaces de ser honestos consigo mismos. Hay desafortunados así. No tienen la culpa; parece que han nacido así. Son naturalmente incapaces de comprender y desarrollar un modo de

vida que exige una honradez rigurosa. Sus posibilidades son inferiores a la media.

También los hay que sufren graves trastornos emocionales y mentales, pero muchos de ellos se recuperan si tienen la capacidad de ser honestos.»

(Página 58 Capítulo 5 Libro Grande Cómo funciona)

Pensábamos que esto significaba que la persona era demasiado débil de voluntad, terca, resistente o cualquier número de problemas de carácter. En otras palabras, no se trataba de lo que les estábamos enseñando, sino que era culpa suya por no esforzarse lo suficiente. Siempre asumíamos que el individuo no había cumplido. No asumíamos que se nos había escapado lo que realmente le ocurría a la persona o que estábamos trabajando en algo equivocado con esta persona en concreto. En lugar de eso, parecía que había algo mal en el individuo que impedía que el programa funcionara. Era difícil cuestionar el modelo que nos habían enseñado.

Para ambos, este enfoque empezó a parecernos y sentarnos mal. Estábamos decepcionados y cansados de que no funcionara con tanta gente. La gente se implicaba increíblemente en el programa, pero seguía teniendo espirales o pequeños periodos de tiempo en los que bebían o consumían. A menudo sentían que habían hecho algo mal y necesitaban empezar de nuevo. Mucha gente tiene una colección de «fichas blancas», que son las fichas para recién llegados o para empezar de nuevo en muchos grupos de 12 pasos. Debido a la creencia de que «no lo pueden lograr», algunos se rinden.

Con la Fundación para la Investigación de la Adicción, nos comprometimos a estudiar al 90% de las personas que no eran ni cumplidoras ni incumplidoras y fracasaron. ¿Qué les había ocurrido? Empezamos con confianza, creyendo que sería un problema fácil de resolver. Contratamos a una empresa nacional de investigación y a un centro de tratamiento local para que nos permitieran seguir a una cohorte de clientes, con su permiso, durante cinco

años para ver qué ocurría realmente. Nuestra creencia era que, como no estábamos asociados a ningún programa de tratamiento concreto, ni a ningún programa de drogas, ni a ninguna otra agencia, sería más probable que la gente respondiera a las encuestas con regularidad. Dedicamos muchos meses y mucho dinero a perfeccionar el cuestionario que iba a ser la base de esta importante encuesta. En el intervalo de tres meses contratamos a alguien para que enviara un correo electrónico a cada participante. Lo hicimos una, dos y tres veces, con un índice de respuesta del 8%. Decidimos que una llamada telefónica personal ayudaría a obtener una mejor respuesta. Esto nos situó en un 9% de respuesta y nunca pudimos superarlo. Fue una gran decepción. Estábamos muy desanimados. Habíamos invertido tanto tiempo, dinero y recursos y, por mucho que lo intentamos, no pudimos conseguir una respuesta de un número suficiente de personas para que la encuesta fuera completamente válida. Fue desolador, pero aprendimos algo que ya deberíamos haber sabido. La investigación de resultados es notoriamente difícil y sólo responderá el 10% conforme.

Por otro lado, habíamos desarrollado una encuesta online creada para las redes sociales que nos permitía hacernos preguntas más básicas. Estas preguntas se referían a lo que las personas que habían intentado dejar el consumo estaban haciendo para su autoayuda. Recibimos más de mil cien respuestas de todo el mundo, y descubrimos algunas cosas interesantes. Una de las mayores lecciones aprendidas fue que, con el tiempo, la mayoría de la gente mejoraba, pero no de la forma que pensábamos. Hombres y mujeres parecían utilizar métodos diferentes para recuperarse. Mientras que los hombres tendían a asistir a reuniones de autoayuda, las mujeres no acudían ni de lejos en la misma proporción. Las mujeres tendían a utilizar métodos más solitarios para la sobriedad, como llevar un diario, el yoga y las amistades. Y mientras algunas personas prosperaban en las comunidades de 12 pasos, otras se sentían más atraídas por su religión para lograr la sobriedad. Otros utilizaron vías no tradicionales, como la meditación, la acupuntura, la terapia de aminoácidos y toda una serie de métodos que normalmente no se considerarían recuperación. Lo que descubrimos es que rara vez había una única forma de recuperarse para

estas personas, sino que se tomaban muchos caminos. Estas revelaciones empezaron a encajar con nuestras propias experiencias, incluidas las de miles de personas con las que habíamos trabajado a lo largo de los años. La gente mejoraba, pero no de la forma que todos habíamos imaginado. Empezamos a analizar y criticar nuestros propios archivos de clientes y sus experiencias con la recuperación. Después diseñamos encuestas más específicas para comprender mejor los detalles. Los resultados han sido sorprendentes y han cambiado nuestra forma de pensar sobre la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias.

Las Personas Mejoran

Recuperarse o mejorar adopta muchas formas. Debemos ser capaces de facilitar todas las formas de recuperación con el mismo entusiasmo y pericia. No podemos obligar a las personas a mejorar de la forma que creemos que deberían hacerlo.

¿Cómo Se Ve la Recuperación?

Unas palabras sobre nuestro sesgo investigador y nuestros posibles sesgos. Llevamos muchos años interesados en la investigación de resultados. A lo largo de los años, empezamos a darnos cuenta de que la gente mejoraba, pero no de la forma que la industria decía que debía hacerlo. La gente descubría muchos caminos y daba muchos rodeos en su camino a través del proceso de recuperación. Rara vez había una flecha recta hacia una vida o una recuperación mejores. En pocas palabras: queríamos saber quién mejora y por qué o por qué no. Este tipo de investigación es notoriamente difícil y, por tanto, uno de nuestros prejuicios es sospechar que nosotros mismos estamos sesgados en algunos aspectos. Incluimos aquí nuestro propio pensamiento. Al menos en

parte con ese fin, a continuación ofrecemos nuestras historias personales. Éstas pueden proporcionar una idea de nuestros antecedentes y de cómo pueden influir en nuestra forma de pensar y en nuestras estrategias para el desarrollo de modelos.

Lo Mismo Pero Diferente

No son nuestras diferencias lo que nos divide. Es nuestra incapacidad para reconocer, aceptar y celebrar esas diferencias.

Arthur Ashe



Para empezar a comprender que la recuperación personal o «mejorar» es diferente, los autores, Pam y Steve, partimos de nuestras propias historias personales. En muchos aspectos, nuestras historias suenan igual. Ambos solíamos excedernos, teníamos muchos problemas, fuimos a tratamiento, asistimos a uno de los programas anónimos de 12 pasos, trabajamos los pasos y nos mantuvimos continuamente abstinentes después. Pero cuando miras más de cerca, nuestras historias son bastante diferentes: desde nuestras historias infantiles, dónde y qué consumimos, cómo nos funcionó el tratamiento, la duración de nuestro tratamiento, nuestra experiencia en las salas de 12 pasos, y mucho más.

No hay una única forma de recuperarse. Esto es importante porque ilustra la razón por la que debemos considerar la adicción de forma diferente. No se trata simplemente de trauma, salud mental, genética, consecuencias, dolor o evasión, es todo eso y más, en grados muy diferentes para cada uno de nosotros.

Historia de Pam

Al Principio

Yo era la 5ª hija de 6 hermanos. Teníamos desventajas económicas y mis padres luchaban por llegar a fin de mes y por conectar emocionalmente con sus hijos. En mi casa y en mi familia hubo todo tipo de abusos mientras crecía. Mis padres eran alcohólicos y mi madre también era adicta a las pastillas. Podría decirse que crecí en un caos y un trauma extremos. Tardé hasta bien entrada la edad adulta en comprender el nivel de enfermedad mental con el que crecí. Debido a la enfermedad mental, no había nadie en quien confiar ni de quien depender. Hasta el día de hoy, mi familia se comunica principalmente con amenazas, manipulación y ataques personales.

En esta circunstancia de la vida, mi primer consumo de una sustancia que altera el estado de ánimo fue el día que cumplí 12 años. Bebí en casa de una amiga, vomité, me desmayé y volví en mí mientras me violaba su hermano mayor. Sentí una profunda vergüenza por ser quien era. No tardé en tomar un tranquilizante recetado por un médico para ayudarme a calmarme, y aprendí que dos pastillas eran mejor que una. Empecé a sacar a escondidas tragos de alcohol del armario para calmar mi vergüenza. En 8º grado ya consumía drogas y alcohol con regularidad. Apenas terminé el instituto. A los 19 años me quede embarazada por primera vez. Perdí a mi hijo de forma traumática. Nació prematuro. Creía que debería haber hecho más para evitarlo. Sentí aún más vergüenza. Bebí y consumí aún más. Me detuvieron por consumo de drogas y pensé que sólo era mala suerte. Me costaba mantener un trabajo y llevaba una vida sin rumbo. A los 23 años me casé (con un alcohólico, por supuesto) y quedé embarazada de mi hija. Ella también murió. Ninguna de las dos murió a causa de mi adicción, ya que ambas veces dejé de beber, pero sus muertes aumentaron mi vergüenza y mi dolor y, por tanto, mi consumo.

Tras la muerte de mi hija, mi consumo de alcohol y drogas se descontroló. Al cabo de un par de años de su muerte, acabé siendo una drogadicta intravenosa sin hogar, acusada de otro delito grave y al borde de la muerte. Luché literalmente con perros salvajes por dinero para no morirme de hambre. Me daba asco la persona en la que me había convertido. Sin embargo, seguí atrapada en la espiral en la que me encontraba, en parte debido a la falta de hogar y en parte porque no creía tener lo que hacía falta para ser mejor. Acepté mi desaparición final. Recuerdo que me miré en un espejo y vi la muerte mirándome fijamente. Había caos a mi alrededor y yo misma era el caos. Me pegaban a menudo, me apuntaban a la cabeza con pistolas. Todo esto ocurría mientras yo creía que había algo malo en mí y sabía en algún lugar de mi cabeza que debían ser las sustancias (al menos parcialmente). Al mismo tiempo, no sabía que era el abuso de sustancias. Me resulta interesante cómo puede una persona saber que se trata de abuso de sustancias y no saberlo al mismo tiempo. Iba de un lado a otro, incluso de la idea de que la falta de hogar era sólo una elección libre de estilo de vida al terror de la inanición y los peligros extremos que conlleva la falta de hogar. En esta época de lucha interna y externa, por primera vez alguien (un policía) me miró y me llamó adicta. Ya se me había ocurrido antes, pero nadie me había dicho esas palabras. La gente decía «tu problema» o «tu asunto», pero no que eran las drogas. A mi familia le resultaba más fácil creer que tenía personalidades múltiples que creer que tenía adicción a las drogas. Así que oír las palabras en voz alta fue poderoso. Fue ese pequeño pensamiento persistente el que por fin se hizo realidad. Dejé el campamento para personas sin hogar en el que me alojaba y me metió en un autobús a Birmingham, AL, donde vivían mis padres.

Comienza la Recuperación

Me mudé con mis padres y empecé en una clínica de drogas y alcohol. Mi consejero (Tony) era amable y empático conmigo. Vi en un tablón de anuncios un folleto de una reunión de Cocainómanos Anónimos y les dije a mis

padres que me habían dicho que tenía que ir. Mentí. Nadie me había dicho que fuera. Mi padre me llevó a la reunión y esperó en el estacionamiento para que no pudiera escaparme. Era la primera vez que estaba rodeada de gente que intentaba no consumir drogas y eso me dio esperanza. Asistí a las reuniones y a la terapia durante aproximadamente un mes, cuando una persona de la reunión me sugirió que fuera a tratamiento, ya que no creían que estuviera progresando de forma que pudiera mantener la sobriedad. Fui a un programa de hospitalización de 45 días de atención a personas sin recursos al que me ayudó a entrar un miembro del grupo. Decidí que no consumiría las sustancias durante el tiempo suficiente para rehacer mi vida (al menos hierba). Sentí conflicto e incredulidad por no poder volver a consumir drogas. Aprendí mucho en el tratamiento, pero lo más importante que aprendí fue que la mayor parte del tiempo estaba sola. Recuerdo que la consejera del tratamiento me dijo después de conocer a mis padres que algunos tenemos que aceptar que no nos quieran y que tenemos que mejorar de todos modos. Me presionó para que fuera a un centro de reinserción social después del tratamiento porque creía que mi vida familiar con mis padres era demasiado destructiva. Acepté, sólo porque no había camas disponibles, y pensé que quedaría bien ante mi consejera si parecía dispuesta. La noche antes de dejar el tratamiento hubo un alta masiva de la casa de acogida y tenían camas de sobra. Me sentí atrapada y fui. Viví allí durante 6 meses. Fue muy duro. La consejera del centro de reinserción se mostraba sexualmente insinuante conmigo. El director estaba enfadado, amargado y maltrataba emocionalmente a las mujeres que vivían allí. Me mantuve sobria. Mi sobriedad no se debió a un cambio profundo en mi psique. Estaba cansada. Empezaba a darme cuenta de lo mucho que me había afectado el hecho de no tener casa y el dolor de haber perdido a mis hijos. Volví a ver a mi consejero original (Tony). Asistí a las reuniones de Cocainómanos Anónimos y Alcohólicos Anónimos. Conseguí una beca para la universidad de Rehabilitación Profesional. A los 6 meses de sobriedad estaba trabajando de camarera y en la universidad. A los 10 meses sobria, me mudé de la casa de acogida y empecé a intentar vivir la vida por primera vez. Me mudé con la consejera de la casa de acogida que me había sexualizado. Era una locura, daba miedo y era un mal plan. Ella y su marido se drogaban y se

pegaban físicamente constantemente. Estaba asustada. Me di cuenta del mal plan que había hecho al irme a vivir con ella. Me di cuenta de que sobre todo sólo quería estar fuera de la casa de acogida y aparentar estar «mejor». Un amigo con el que asistía a reuniones me sugirió que solicitara un trabajo en su complejo de apartamentos, ya que incluía un apartamento como parte de la paga. Se me pinchó una llanta del coche de camino a la entrevista. Cambié la llanta pinchada y fui a la entrevista con retraso. Conseguí un trabajo como subdirectora de un apartamento porque le gustó mi resistencia a seguir adelante en señal de adversidad. Por primera vez en mi vida me mudé a mi propia casa.

Pam Encuentra una Solución que le Funciona

Intenté conseguir padrinos y en mis dos primeros años de sobriedad tuve nueve. (La consejera con la que me mudé fue mi primera madrina.) Las nueve acabaron emborrachándose. Después de eso decidí que eso no iba a formar parte de mi plan. Lo pasé muy mal con las ansias (y recuerda que mi plan no era mantenerme completamente libre de drogas: en algún momento iba a volver a consumir hierba). Seguí yendo a terapia y trabajando duro en los temas relacionados con el trauma de haber sido criada con abusos y enfermedades mentales. Tuve antojos físicos muy fuertes durante mucho tiempo. No me había comprometido a no consumir, todavía. Aun así, me obligaba a quedarme en mi habitación y esperar a que se me pasaran los impulsos. Era un trabajo duro. No me propuse intentar la sobriedad a largo plazo hasta después de los dos años de sobriedad. Pensé: «¿Por qué no, si he llegado hasta aquí?». El tiempo que había pasado sin consumir me había hecho cambiar de opinión. Aprendí que incluso sin un compromiso firme de sobriedad, el compromiso de darme tiempo me ayudaba a desarrollar el deseo de sobriedad a largo plazo. Fui a terapia dos veces por semana, tanto individual como de grupo. Empecé a ir a reuniones de Al-Anon (reuniones para familiares de personas que luchan contra el alcohol. Mis dos padres eran alcohólicos) además de otras reuniones de Anónimos a las que asistía. Las

reuniones regulares de AA y CA no me parecían muy adecuadas. Seguí yendo. Tenía vínculos con la comunidad y amistades profundas. Trabajé los 12 pasos varias veces. Aun así, me costaban algunos de los conceptos. Luché con la creencia de que tenía que ir a reuniones el resto de mi vida. Eso me parecía una trampa. A los tres años de sobriedad ya estaba aburrida de oír las mismas historias una y otra vez. Pensaba que debía haber algo más. También me costaba incluso la idea de identificarte siempre como alcohólico/adicto cada vez que hablabas. Para mí, eso parecía pasar por alto la mayor parte de lo que yo era. Había trabajado los 12 pasos como me habían dicho. Aún me sentía atormentada por los problemas de mi infancia. Asistía a terapia individual y de grupo. Creía que sacaba más de mi terapia que de las reuniones de autoayuda. Me iba bien en la universidad y tenía nuevos intereses y una nueva vida. Al mismo tiempo, tenía amigos y gente con la que me gustaba estar en las reuniones. Sentía miedo al rechazo si no iba. Seguí yendo a las reuniones de autoayuda más por las amistades que porque creyera que me mantenían sobria. Empecé a trabajar en el campo del tratamiento y seguí sintiéndome descontenta con la idea de asistir a reuniones durante el resto de mi vida. Me casé al principio de la recuperación con un hombre que no podía mantenerse sobrio. Era gay y estaba en el armario. Creo que la carga de su secreto le impedía encontrar la paz. Vivir en la disfunción de tanta negación obstaculizó mi propia capacidad de crecer. Temía que si no le dejaba no podría continuar con mi sobriedad. Acabé divorciándome de él unos meses antes de cumplir cinco años sobria. Tuve problemas emocionales pero destacaba en la universidad y en la vida laboral. Conseguí ascensos en el trabajo. En la universidad fui una de las 25 personas seleccionadas de entre más de 1000 que solicitaron entrar en la escuela de posgrado Advanced Standing. (Hoy en día cualquiera con una licenciatura en Trabajo Social puede entrar en el Programa Advanced Standing, pero en 1991 era algo muy importante). Fui a la escuela de posgrado. Mientras estudiaba conocí a Steve. Un amigo común, que sabía que ambos nos habíamos divorciado recientemente, nos organizó una cita a ciegas. Desarrollamos una sólida relación basada en nuestro propio crecimiento y en el del otro, que ha mantenido ese compromiso hasta hoy, casi 30 años después.

La Vida Sigue

Realicé mis prácticas durante mis estudios de posgrado mientras trabajaba en un centro local de tratamiento de personas sin recursos. Admiraba mucho a mi supervisor, Trevor. Sabía que llevaba más de 30 años sobrio y que parecía tener un aura y una paz en torno a él, pasara lo que pasara en su vida. Me interesaba que hubiera dejado de ir a las reuniones de 12 pasos después de llevar un par de años sobrio. Hablé con otras personas de allí y casi todos los que trabajaban allí llevaban 20 años o más sobrios y ninguno de ellos iba a reuniones de 12 pasos. Todos tenían comunidades en las que participaban, sobre todo la iglesia, pero no comunidades de 12 pasos. Por primera vez aprendí que había más de una forma de mantenerse sobrio. Me dieron esperanzas para mi propia recuperación.

A los siete años de sobriedad, empecé a desconectarme del «programa», como se llama a los grupos anónimos. Steve y yo hemos seguido conectados al mundo de la recuperación a través de nuestro trabajo. He visto que los 12 pasos han funcionado para muchas personas. Creo que ha sido un milagro para ellos. Agradezco mucho que haya reuniones de 12 pasos. Apoyo a las personas que asisten a reuniones de 12 pasos. A mí no me convenía. No he asistido a una reunión de 12 pasos en más de 25 años. Tampoco he consumido ninguna sustancia que altere la mente desde el 9 de septiembre de 1987. He mantenido mi propia comunidad y sistema de apoyo. He seguido en terapia. He trabajado en mi trauma temprano durante años. He seguido trabajando en mi recuperación, sólo que de una forma que se ajusta a quien soy. Mi plan ha cambiado muchas veces a lo largo de los años. Lo que ha permanecido y se ha transformado al mismo tiempo es la necesidad de comunidad y de crecimiento continuo por mi parte. Mi recuperación actual no se parece en nada a la del principio. Ha crecido junto conmigo.

Historia de Steve

Lo Que Pasó

Hacia finales de 1989, mis elecciones, errores y problemas me estaban pasando factura. Estaba en modo de supervivencia diaria, lo que significaba que, cada día, mi principal trabajo consistía en encontrar la forma de conseguir suficiente sustancia alteradora del estado de ánimo para vivir. Sobre todo, tenía que intentar conseguir el dinero suficiente para obtener lo que creía que necesitaba para poder desenvolverme en el mundo. Me adentré mucho en un camino de negación y autoengaño sobre lo que podía conseguir. Siempre estaba robando a Pedro para pagar a Pablo con el plan de arreglármelas y enderezarlo todo. Me decía a mí mismo que podría devolverlo todo mañana si sólo conseguía lo suficiente para hoy. Todo acabó cuando mi jefe, que también era mi mejor amigo, tuvo que despedirme por robarle. Me llevó a casa en un coche de la empresa que ya no era mío y me dijo adiós y hasta nunca.

Me quedé sin coche, sin trabajo, sin dinero y sin respuestas para mi vida, salvo encontrar la forma de consumir algo hoy para poder arreglarlo todo mañana. Mis opciones eran limitadas, y las consideré todas. Pensé en acercarme a una farmacia para robarla o en asaltar a otra persona. Pero me sentía fatal y no creía que pudiera conseguirlo. No fue una decisión moral. Fue un fracaso. No lo tenía en mí, y por eso me vi derrotado en mi único plan real. Me acosté en el suelo y decidí que iba a quedarme allí acostado y morir. Me quedé allí echado intentando hacerme voluntad para soltarme y morir, pero no lo conseguí. Tuve que levantarme e intentar otra cosa.

Funciona Si Haces el Trabajo

De alguna manera, supe de Narcóticos Anónimos y encontré un número de teléfono al que llamar. Alguien me devolvió la llamada y un tipo llamado Matt accedió a quedar conmigo esa noche en un lugar de reunión llamado «We Do Recover». Era mi primera reunión de 12 pasos de cualquier tipo. Era una noche muy fría y lúgubre, y recuerdo que llegué a un edificio muy destartalado en una zona degradada de nuestra ciudad. Supongo que estaba demasiado enferma y abatida para ser consciente de mis miedos. Llegué pronto y caminé hasta ver a un tipo de aspecto aterrador que preparaba café. Se dio la vuelta y me dijo «bienvenida», mientras me daba un abrazo que me sorprendió. No tenía ni idea de qué hacer pero no pregunté, simplemente seguí a la siguiente persona hasta una habitación donde durante la siguiente hora oí las palabras «adicto» y «verga» más veces de las que las había oído en mi vida. Era frío y extraño. Salí aquella noche con un poco de esperanza, pero en realidad no me sentía mejor. Fue el comienzo de mi viaje de recuperación.

Empecé a seguir un camino bastante tradicional para mejorarme. Mi asistencia a aquella reunión de NA me había ofrecido una pequeña dosis de esperanza, pero seguía sintiéndome fatal y mi familia estaba muy preocupada. Encontraron la forma de meterme en un programa de tratamiento hospitalario de 28 días, a pesar de que no había consumido nada en cuatro días, estuve en su programa de desintoxicación durante un par de miserables días antes de que me trasladaran al programa de recuperación residencial. Me habían dado un Gran Libro de Alcohólicos Anónimos y me habían dicho que funciona si lo trabajas. Me enteré de que había un puesto llamado presidente de casa de campo, al que aspiré inmediatamente. Empecé a trabajar en el programa, intentando encajar y queriendo ser lo suficientemente bueno para ser presidente de la unidad. Aunque seguía sintiéndome fatal, tenía un nuevo plan que no había tenido antes. Sabía cómo cumplir, hacer un cuaderno de trabajo y parecer el mejor. Después de la primera semana, pedí a mi familia que me trajera unas camisas blancas almidonadas para tener mejor aspecto en la terapia de grupo. Estaba motivado para hacer algo diferente como solución.

La Vida a Su Manera

Después de 28 días, me gradué del programa, con un plan de cuidados posteriores que incluía ir a reuniones de 12 pasos (90 en 90), conseguir un padrino, trabajar los pasos e ir a reuniones de cuidados posteriores. Había descubierto que tras un año de sobriedad había una forma de formarme como ayudante voluntaria en el programa de cuidados posteriores de mi centro de tratamiento. Eso significaba que habría un nuevo puesto en el que trabajar. Seguí el plan e intenté quedar bien mientras lo hacía. Conseguí un padrino y trabajé los pasos, aunque ahora diría que no muy bien. Pero quería seguir el nuevo plan, porque era el único plan que tenía para vivir.

Empecé a apadrinar a gente en los programas de 12 pasos. Al cabo de un año hice la formación de facilitador voluntario, me convertí en un servidor de confianza en el programa e intenté empezar a devolver. Aunque he pasado por muchos giros, he mantenido una abstinencia continua de todas las sustancias que alteran el estado de ánimo desde el 17 de enero de 1990. Volví a la escuela y obtuve un máster en Trabajo Social. Llevo trabajando en el campo de la recuperación casi desde el principio de mi propio proceso de recuperación.

Sólo mucho más tarde, en mi propio proceso de recuperación, empecé a darme cuenta de que mis problemas no habían hecho más que empezar cuando dejé de consumir sustancias que alteraban el estado de ánimo. Los únicos problemas que se resolvieron inmediatamente fueron los causados directamente por el consumo. Quedaban muchos otros problemas, con más asuntos y problemas vitales por venir. No me di cuenta de que no estaba bien preparada para crecer y afrontar mi propia vida, así que cometí muchos errores y les causé problemas a los demás y a mí mismo. Aprender a superar los problemas, los cambios y el estrés resultó más difícil de lo que había imaginado.

Realidad

Todo esto hace que mi estudio de caso, y el de Pam, sean un caso atípico en la investigación de resultados, no un modelo exacto de recuperación. Eso significa que no somos el ejemplo de cómo recuperarse, sino un par de ejemplos de las muchas posibilidades de recuperación.

Cuando empecé a trabajar con otras personas, básicamente intenté que hicieran lo que yo hacía.

Creía que si no mejorabas, era porque no estabas preparado o no habías tocado fondo y/o no estabas dispuesto a hacer lo que hiciera falta para mejorar.

Ahora creo que estaba equivocado. Ahora estoy agradecido por la sobriedad y por mi vida, pero desearía que mi propia recuperación hubiera sido diferente. Ahora sé que la mayoría de la gente no se recupera como lo hemos hecho Pam y yo.

Listo, Capaz y Dispuesto (RAW POR SUS SÍGLAS EN INGLÉS)

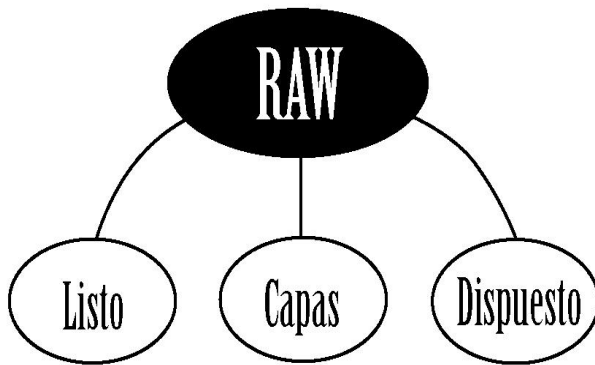
Así que tenemos que estar preparados, dispuestos y ser capaces de transformarnos realmente a nosotros mismos, y a los demás en el mundo, no sólo decirlo y afirmarlo: «Oh, quiero cambiar». La intención es importante, pero también lo es la acción.

Surya Das



Cómo Obtener RAW

Sobre la preparación y el uso del
apalancamiento:



Por Qué Importa Estar Listo, Capaz y Dispuesto

El único paralelismo en nuestras historias es que, cuando ambos conseguimos la sobriedad, los dos estábamos, al menos hasta cierto punto, preparados, dispuestos y capacitados. Sin una cantidad suficiente de las tres cosas, es muy difícil que alguien mejore. Gran parte de lo que ocurre en el tratamiento de las tus es el esfuerzo por ayudar a una persona a conseguir la suficiente disposición, sin centrarse demasiado en la preparación o la capacidad. Sin disposición, una persona no tendrá la voluntad de hacer el trabajo duro que suele ser necesario para mejorar. También debemos recordar que no todo el mundo es actualmente capaz de conseguir la sobriedad. A veces una persona realmente no es capaz debido a sus circunstancias vitales, como la economía y los recursos personales. También puede haber problemas físicos o de salud mental importantes que limiten la capacidad de mejorar significativamente.

Si una persona está completamente preparada, dispuesta y capacitada para cambiar, estará en la mejor posición para utilizar las intervenciones y los tratamientos para mejorar. Suponemos que por eso, como profesionales del tratamiento, preferimos encontrarnos con personas que parecen estar más preparadas. Normalmente, se encuentran en un punto de crisis. Es probable que estén motivadas para esforzarse y dispuestas a hacer cualquier cosa para

mejorar. En ese momento, la persona sólo necesitará nueva información en forma de educación, quizá desintoxicación y, después, orientación y apoyo para realizar cambios vitales basados en la recuperación. La intervención y el tratamiento profesional son necesarios cuando una persona aún no está preparada, no es capaz o no está dispuesta. Debemos trabajar con las personas en el punto en que se encuentran en el proceso, permitirles que se preparen para el cambio sin recurrir a la palanca de la actividad forzada ni a la necesidad de tocar un nuevo fondo. Esto a veces implica trabajar con una persona mientras intenta seguir consumiendo a pesar de las consecuencias negativas. El profesional debe estar dispuesto a escuchar el fracaso y, a veces, el éxito del consumo continuado, mientras decide cómo va a ser el plan de éxito para la recuperación.

Decirle a una persona que haga lo que haga falta (voluntad) cuando todavía no es capaz o no está preparada es peor que inútil. Se configura para que fracase.

A menudo es fácil ver que alguien necesita ayuda. Sin embargo, su necesidad de ayuda y nuestra capacidad de ver la necesidad de esa persona en concreto no determinan la probabilidad de que la intervención tenga éxito. En cambio, necesitamos saber hasta qué punto la persona está RAW (lista, capaz y dispuesta). Es muy posible estar preparado y dispuesto, pero no ser capaz. También es posible estar preparado y ser capaz, pero no estar dispuesto; y vemos a muchas personas que están preparadas y son capaces, pero no están preparadas. Podemos trabajar con éxito en cada una de estas circunstancias si somos capaces de evaluar con precisión la verdadera situación. Probablemente, el plan más utilizado y el que menos éxito tiene es utilizar la influencia, como el apalancamiento, para evitar el desastre de tocar fondo.

«Tenemos que conseguirle ayuda», dice el padre desesperado durante nuestra consulta telefónica inicial. Podemos oír el miedo y compartir la preocupación tras oír algunos detalles, como una segunda detención reciente y las persistentes consecuencias negativas del consumo de drogas y alcohol. «Va a suicidarse o a matar a otra persona», dice el padre mientras acordamos ver a

la persona para evaluarla y hacerle recomendaciones. «No sé si vendrá, pero vamos a intentar obligarle porque tiene que recibir ayuda».

La familia suele estar más preparada y dispuesta que la persona con TUS. Puede ser difícil ver cómo se autodestruye una persona que no tiene ninguna idea de lo que está causando sus problemas. Por eso, el apalancamiento parece tan atractivo tanto para las familias como para los profesionales.

Listo

Trabajar con alguien durante la fase de «preparación»

A menudo podemos saber que una persona necesita ayuda mucho antes de que esté preparada para recibirla. A esto lo llamamos la fase de «preparación» del proceso de recuperación. A veces también se denomina precontemplación, la fase de investigación de campo según muchos modelos de recuperación. Una forma en que esto puede ocurrir es debido a su edad. Cuando tienes 17 o 18 años, puede ser difícil estar preparado cuando tu grupo de iguales consume tanto como tú.

Dylan tenía dieciocho años. Tuvo un accidente de tráfico mientras bebía cuando tenía dieciséis años y el otro conductor murió en el accidente. Dylan estaba destrozado y no estaba preparado para afrontar lo que había ocurrido. Empezó a consumir heroína casi a diario cuando aún estaba en la preparatoria. Dylan sufrió una sobredosis de heroína y tuvo que ser reanimado

por los paramédicos en varias ocasiones diferentes en un periodo de seis meses. Para Dylan, como para muchos de nosotros, consumir era una solución a su problema. Realmente no podía contemplar una vida sin el alivio del consumo. No estaba preparado, y realmente creía que era demasiado joven para estar sobrio. Su lucha no había hecho más que empezar. Aunque estaba claro que necesitaba ayuda y sus padres estaban dispuestos a pagar para que la recibiera, todavía no estaba preparado.

Prepárate

La fase de precontemplación o «prepararse» del proceso de recuperación es especialmente importante y bastante incomprendida. Durante esta fase, la persona sabe que tiene un problema o problemas, pero sigue viendo el consumo de sustancias que alteran el estado de ánimo como una solución. Si intervenimos en este punto intentando simplemente que deje de consumir y se mantenga sobrio, lo único que estamos haciendo en realidad es pedirle que renuncie a su solución. En la fase de preparación, la persona sigue intentando descubrir una forma de hacer que la solución de consumir drogas o alcohol funcione para ella. Todos intentan obtener los resultados positivos del consumo sin consecuencias negativas. En la medida en que eso aún parezca posible, la persona probablemente seguirá intentando que funcione.

A veces, el objetivo del tratamiento es trabajar con una persona mientras aprende esta lección. En lugar de dar el alta a una persona que consume por incumplimiento, hemos aprendido a facilitar la preparación observando qué parte del consumo funciona y qué parte no funcionó, de un modo que no transmita fracaso ni juicio. El tratamiento puede ayudar a una persona a ver los puntos ciegos que no ve respecto a su solución de consumir drogas o alcohol, y así ayudarla a comprometerse a cambiar.

Otro problema que impide que una persona se prepare puede ser que, por fuera, su vida puede parecer muy funcional. Puede ir a trabajar todos los días para mantener a su familia, mientras la gente de su alrededor no tiene ni idea de cuánto bebe o consume. Pero en su interior, algo empieza a ocurrir. Hay un descontento y una tristeza que sólo ellos conocen. La mayoría de la gente suele entrar por la puerta con una queja distinta al alcohol/drogas. Puede ser infelicidad en su matrimonio, trabajo o vida. Al evaluar a esta persona, podemos saber con bastante rapidez que el problema es cuánto bebe, pero considerará que la bebida es lo único que funciona en su vida. En «preparate» trabajamos con ellos en el punto en que se encuentran respecto al problema por el que han venido, al tiempo que les animamos suavemente a que establezcan la conexión de que la bebida está creando muchos de los problemas y la distancia entre ellos y su satisfacción en las relaciones en casa o en el trabajo. Lo que antes parecía una solución ahora se ha convertido en un problema, lo que supone una transición difícil, dolorosa y a veces excepcionalmente larga.

Pam trabajó con Jeff durante dos años mientras se preparaba. Él creía que su problema era una novia autoritaria. Bebía para escapar de su control, y a menudo se iba a casa con una mujer que había conocido en el bar, lo que a su vez creaba más distancia y descontento en la relación, así como odio hacia sí mismo. Pam sentía curiosidad con él porque parecía que todo lo que lamentaba haber hecho, le ocurría mientras bebía. No sólo eso, sino que cuanto más bebía, más le desagradaba su novia. Pam le sugería a veces un plan de no beber durante un tiempo para ver si ambas cosas (beber y acciones de las que luego se arrepentía) estaban relacionadas. Jeff cumplía y pasaba breves periodos sin beber en los que las cosas mejoraban con su novia. Cuando la relación mejoraba, volvía a beber y el ciclo se repetía. Tardó dos años en prepararse para darse cuenta de que el problema podía estar relacionado con la bebida. Cuando se le prendió el foco, la voluntad y la capacidad llegaron rápidamente. Llegó la comprensión de la recuperación, pero Jeff aún tenía mucho trabajo por hacer. El proceso de recuperación puede ser muy difícil, pero sin fuerza, palanca ni consecuencias graves, Jeff se preparó.

John

John tiene dieciocho años y lleva seis meses consumiendo heroína. Ha tenido que ser reanimado de peligrosas sobredosis de droga en dos ocasiones distintas. Sigue siendo guapo, tiene un cuerpo sano, va bien en la escuela y no tiene problemas legales. Los que le rodean están preocupados, y con razón, por los dos casos en los que tuvo que ser reanimado, pero apenas los recuerda. Debido a la corta duración de su consumo, aún no está preparado para recibir ayuda. Sigue considerando que los dos casos en los que estuvo a punto de morir fueron mala suerte.

No todos los problemas de «prepárate» están relacionados con que la persona comprenda que tiene un problema de abuso de sustancias. Incluso en el caso mencionado anteriormente, lo que la persona comprendió sobre su forma de beber es que, cuando bebe, hace cosas de las que se arrepiente. Su creencia era que si pudieran controlar mejor la bebida, podrían beber sin las consecuencias. Eso nos da un punto de partida. No importa que digan que son alcohólicos, lo que importa es la motivación para dejar de hacerse daño y ver que necesitan una solución diferente.

Capaz (No Todo el Mundo Puede Conseguir la Sobriedad)

Habilidad

El segundo requisito para el cambio y el potencial de recuperación es la capacidad de hacer el trabajo. Hay personas tan dañadas por el TUS que no son físicamente capaces de hacer mucho trabajo. Han desarrollado tantos problemas físicos, desde atrofia cerebral hasta cirrosis tardía, pasando por cualquier otra serie de problemas físicos, que no son capaces de mantenerse sobrios. Es un hecho difícil de afrontar y, por suerte, no es muy frecuente encontrarse con esta situación, pero ocurre.

Pam trabajó en un programa de tratamiento financiado por el estado al principio de su carrera y un alcohólico con cirrosis en fase avanzada ingresó por insistencia de su familia. Era un alma amable de buen corazón, pero sólo se quedó un par de semanas. Se acercó a Pam y le dijo que no podía quedarse y que se marchaba. Sabiendo que no viviría si se iba, Pam le rogó que se quedara y le dijo que moriría si se iba. Él sabía que iba a morir de todos modos, y lo que le dijo se le ha quedado grabado durante todos estos años. Le dijo: «Si vas a ganarte la vida con esto, tienes que aprender que algunos de nosotros vamos a morir. No hay nada que puedas hacer para evitarlo». Se marchó y murió dos días después. Aquella dura enseñanza fue escuchada y recordada. Debido a todo el caos que rodea a la adicción, es fácil olvidar que hay algunos que están tan metidos en su adicción que son incapaces de hacer el trabajo para conseguir la sobriedad aunque estén preparados. Quizá podamos encontrar una forma de ser más compasivos con los que son incapaces.

Es una suerte que la verdadera incapacidad sea poco frecuente. En la mayoría de los casos, la incapacidad es temporal y/o reparable. Eso significa que debemos permitir que la persona mejore, ayudándole a descubrir la incapacidad que la bloquea. Debemos evaluar y trabajar tanto con la capacidad como con la incapacidad de cada individuo.

Otros Bloqueos

Algunos problemas de salud mental preexistentes dificultan que una persona con TUS reciba la ayuda que necesita. Hay veces en que la familia interviene debido a un sistema familiar disfuncional. El sistema familiar se construye en el caos de los TUS, por lo que inconscientemente bloquean o impiden que la persona reciba la ayuda que necesita. A veces hay obligaciones familiares que impiden que la persona pueda recibir la ayuda que necesita. Literalmente, no pueden tomarse el tiempo necesario en el trabajo sin que los efectos les pongan a ellos o a su familia en peligro de quedarse sin hogar. El tratamiento disponible para las personas es limitado, por lo que hay ocasiones en las que una persona está preparada y dispuesta, pero no tiene la opción de

acudir a un centro. Mejorar toma mucho más tiempo del que preferiríamos. Una de las razones por las que el modelo de 28 días resultaba tan atractivo era que el tratamiento podía considerarse relativamente a corto plazo, seguido de cuidados posteriores.

Un bloqueo importante que debemos abordar es encontrar o tomarnos el tiempo necesario para que una persona sane y cambie de verdad, y para que crezca. Toma tiempo mejorar. Normalmente, se necesitan semanas, si no meses, de trabajo y contacto regulares con alguien. En el mejor de los casos, un modelo de tratamiento de cuatro a seis semanas es tiempo suficiente para la evaluación, pero no para el tratamiento. Durante años hemos sabido que la estabilización en un proceso de recuperación toma aproximadamente dos años. Esto se debe a que sabemos que la tasa de reanudación del consumo es extremadamente alta durante los primeros 18 a 24 meses después de cualquier proceso de tratamiento hospitalario o ambulatorio. Nuestros modelos de tratamiento deberían basarse en dos años, no en 28 días ni en cuatro o seis semanas. La gente suele decir que un tratamiento durante tanto tiempo es poco práctico, pero eso no cambia la realidad de la situación. Nos sanamos o mejoramos de la manera que lo hacemos, no de la manera que es conveniente, reembolsable por el seguro o simplemente porque es la manera tradicional.

Así pues, el tratamiento es un proceso continuo. Y durante el periodo inicial de recuperación puedes esperar algunos síntomas significativos que hay que planificar y para los que hay que prepararse para navegar con éxito.

Dispuestos - Una Vez que Están Preparados para Recibir Ayuda, Deben estar Dispuestos a Hacer el Trabajo

La recuperación es un trabajo duro. Dentro de la comunidad de los 12 pasos se habla de la inspiración de la desesperación. En otras palabras, una vez que una persona está preparada para conseguir la sobriedad, debe estar dispuesta a hacer el trabajo duro. Pam se dio cuenta de que era alcohólica y

tenía cierta disposición: el conocimiento estaba ahí, pero no tenía la voluntad. En lugar de ello, buscó un camino más fácil que el duro trabajo necesario para la sobriedad. Acudió a un pastor y le pidió que le impusiera las manos para sanarla de la adicción. Le dijo que no funcionaba así y le explicó el duro trabajo que había que hacer. Ella decidió que no estaba dispuesta a hacer ese trabajo y se marchó. Siguió por el camino de la destrucción durante cuatro años más. Aceptó que estaba preparada y que era realmente adicta. Tomó más tiempo para que la voluntad estuviera preparada para el difícil trabajo del cambio.

El Dolor Es Parte del Proceso

Volverse voluntarioso suele implicar cierto grado de dolor. No hay razón para cambiar nada de lo que «nos funciona». La teoría del amor duro procede de esta línea de pensamiento. Se cree que si permitimos o causamos suficiente dolor a alguien a quien queremos, podemos ayudar a que se ponga sobrio más rápidamente. A lo largo de los años no hemos visto que el amor rudo ayude mucho, ya que se centra demasiado en la relación. Cuando se trata de una familia y de cómo conseguir que una persona vea el mejor consejo, tenemos que hacer lo que te ayude a ti, como miembro de la familia, a dormir mejor esta noche. Lo mejor que puede hacer una familia es empezar a centrarse en sí misma y ayudarse a sí misma es la respuesta correcta. Por desgracia, transmitimos a los familiares un mensaje muy contradictorio sobre lo que sería más útil para una persona con TUS. En los grupos de apoyo familiar, a menudo se enseña a los seres queridos algo que se llama las «3 C». Se les dice que tú no lo HAS CAUSADO. No puedes CONTROLARLO. No puedes CURARLO. Entonces se les indica que trabajen en sí mismos y que mejoren mediante el proceso de sanación. Éste es probablemente el mejor consejo y el más desatendido. Por razones obvias, parece que la persona con TUS es el problema aquí. Para complicar las cosas, después de que se les diga que no tienen ningún control, se les dice que no lo permitan, que apoyen económicamente la

recuperación y que se mantengan al margen. Se les dice que si no siguen esta parte correctamente, la persona con TUS no mejorará, y que ellos son los responsables del resultado. No es de extrañar que los familiares acaben tan confundidos.

Hace años, un caballero vino a ver a Steve por la adicción a la heroína de su hijo adulto. A Pam y a Steve les iba el amor rudo, como nos habían enseñado, por lo que Steve le dijo que echara a su hijo de casa para que el consumidor pudiera experimentar el dolor y tal vez buscar ayuda. El padre fue incapaz de hacerlo. Dos semanas después, el hijo murió de sobredosis en el cuarto de baño de su casa. Este padre se sintió atormentado por la culpa por no haber hecho lo que le aconsejaron. En ese momento, Steve pensó: nunca más. No fue culpa del padre que su hijo muriera. Su hijo murió por una sobredosis. Su hijo podría haber sufrido una sobredosis con la misma facilidad en la calle que en el cuarto de baño. Nos dimos cuenta de que todos debemos ser conscientes de lo que estamos dispuestos a hacer y seguir nuestras propias directrices internas, del mismo modo que una persona con adicción debe ser consciente de su propia disposición.

La Forma Correcta en las Cantidades Correctas

A menudo es mucho más fácil ver que una persona necesita ayuda que averiguar exactamente qué podría ser útil. A menudo vemos que se emprende algún tipo de tratamiento en el momento en que la familia o un empresario o las fuerzas de seguridad ven que, efectivamente, hay un problema. Sin embargo, muchas veces, la propia persona no está preparada, no es capaz o no está dispuesta. Si una persona sigue bajo el poderoso dominio de la creencia de que consumir sustancias es una solución y no un problema, casi no hay forma de hacer que se abstenga continuamente como parte de una nueva respuesta. Sin embargo, a menudo eso es lo que intentamos hacer de todos modos, porque

podemos ver la abstinencia como la respuesta. Algunos dicen que el tratamiento es fácil. Un viejo refrán nos dice: «Lo que causa un problema es un problema». Así que, si consumir te está causando un problema, deja de hacerlo». Cuando aplicamos este sencillo pensamiento, nos hace esperar hasta que los problemas se agravan lo suficiente como para tocar fondo. Necesitamos nuevas intervenciones que tengan soluciones menos simples. Parafraseando un viejo dicho: «El tratamiento es fácil. Pero tratarse de la forma adecuada, en las cantidades adecuadas y en el momento adecuado, eso es difícil». Toda intervención de tratamiento debe basarse primero en la evaluación precisa de la preparación, la capacidad y la voluntad. Lo más importante es estar RAW.

Suponiendo que una persona esté preparada, pueda y quiera, ¿qué debe hacer ahora? ¿Cuánto debe durar el tratamiento y qué forma debe tomar? Con el tiempo se ha desarrollado un modelo estándar de tratamiento basado más en la tradición que en una buena investigación de resultados. El modelo utiliza los conceptos médicos occidentales de ingreso y alta en un tratamiento hospitalario o ambulatorio. Este modelo supone que uno puede ser evaluado y diagnosticado rápidamente. También supone que el tratamiento es relativamente breve, seguido de lo que se denomina postratamiento, como ya se ha dicho. Este modelo ha sido un fracaso estrepitoso en términos de resultados y, sin embargo, persiste en casi todos los ámbitos del tratamiento de los TUS. La evaluación, la comprensión y, sobre todo, el acuerdo, toman mucho tiempo.

Cuando una persona se encuentra con un profesional de los TUS, ya ha estado trabajando en el problema y lo ha estado tratando a su manera, que es similar a otras afecciones humanas. Intentamos resolverlo y mejorar por nosotros mismos en casa antes de ir a ver a un profesional. Por tanto, el diagnóstico y el tratamiento ya han comenzado. Nadie ha pensado más en lo que le pasa a una persona que el individuo con un problema. Debemos escuchar ese trabajo y honrar el proceso porque forma parte de su recuperación. Esto hace que las ideas de admisión, alta y postratamiento sean problemáticas y quizá contraproducentes. Cuando el profesional se reúne con la persona con el problema, ésta ya está trabajando sobre sí misma. Nosotros, como

profesionales, nos uniremos y participaremos en ese proceso durante un tiempo. Cuando nos vayamos, ellos seguirán trabajando en ello. Así pues, el tratamiento es un proceso continuo. Y durante ese periodo inicial, pueden esperar algunos síntomas significativos que podemos planificar, y así lo haremos.

Los Límites de las Etiquetas y los Modelos

No te limites a modelos y teorías. No son más que herramientas para encaminarte. Considera múltiples enfoques. Mantente abierto a ideas nuevas e innovadoras.

Franz Villa



Cuando tenemos una etiqueta comúnmente aceptada, como alcohólico o adicto, es demasiado fácil llegar a un acuerdo barato y engañoso sobre la naturaleza de un problema. Cuando observamos una situación y decimos: «Eres un alcohólico», y la persona está de acuerdo con nosotros diciendo «sí, soy un alcohólico», parecería que tenemos un entendimiento sobre cuál puede ser el problema. Sin embargo, podemos tener una comprensión completamente distinta sobre el significado de la palabra «problema». Muchos profesionales ni siquiera se ponen de acuerdo sobre el significado de esta palabra. En el mejor de los casos podríamos tener un simple acuerdo sobre que el problema está relacionado con el uso o el abuso del alcohol, pero lo más probable es que éste sea el alcance de nuestro verdadero acuerdo. **Un acuerdo verdadero puede ser el aspecto más importante del tratamiento.** Lo que creemos que hace que una persona sea como es determina cómo la tratamos. **Lo que más se necesita es una comprensión clara de por qué una persona sigue ingiriendo**

sustancias que alteran el estado de ánimo a pesar de las graves consecuencias negativas o de la amenaza de consecuencias negativas. En la medida en que lo comprendamos y estemos de acuerdo, es más probable que un plan de tratamiento tenga éxito.

La Adicción es Compleja

Un ejemplo puede ser útil, una definición interesante de adicción es: «La adicción es un proceso de enfermedad bio/psico/social complejo, probablemente genético, con una etiología igualmente compleja y multifactorial». Dicho rápidamente, suena muy impresionante. Sin embargo, hay mucho que discutir y definiciones como ésta pueden dificultar el acuerdo. Las discusiones sobre el concepto de enfermedad son tantas como inútiles. El concepto de enfermedad es un modelo de recuperación que afirma que la adicción es una enfermedad o que la persona está enferma (no está bien). El modelo de enfermedad afirma que la adicción es estrictamente una enfermedad cerebral que afecta al funcionamiento del cerebro, con compulsión al consumo, comportamiento compulsivo y ansiedad intensa. Afirma que esto está relacionado principalmente con la genética

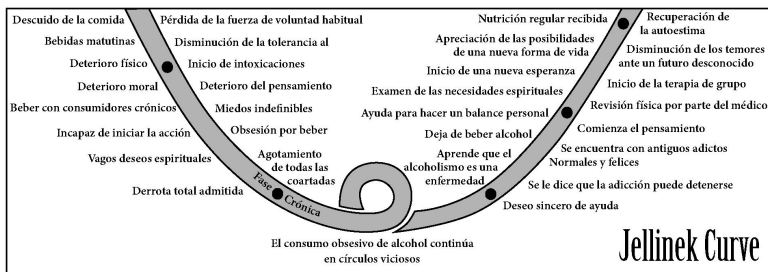
La adicción es una enfermedad médica crónica y tratable que implica complejas interacciones entre los circuitos cerebrales, la genética, el medio ambiente y las experiencias vitales del individuo. Las personas con adicción consumen sustancias o adoptan comportamientos que se vuelven compulsivos y a menudo continúan a pesar de las consecuencias maltratantes.

Los esfuerzos de prevención y los enfoques de tratamiento de la adicción suelen tener tanto éxito como los de otras enfermedades crónicas.

(Definición de la enfermedad de la adicción de la American Society of Addictive Medicine.)

Algún día tendremos mejores respuestas sobre la genética de este problema. Hoy sólo podemos decir que es una predisposición genética probable y que probablemente sea un factor en el desarrollo del trastorno por consumo de sustancias. Bio/psico/social lo incluye todo, por lo que podemos utilizarlo con seguridad. También hace que el término sea exagerado para llegar a un acuerdo sobre cuál es el problema real.

Durante muchos años, y para la mayoría de los profesionales del tratamiento, el proceso de recuperación de los TUS se ha basado en un modelo denominado Curva de Jellinek.



Se trata de un modelo claro y sencillo que muestra un deslizamiento descendente hasta tocar fondo, a partir del cual la persona estará lo suficientemente dispuesta a hacer el trabajo necesario para mejorar. Una vez que la persona empieza a hacer el trabajo de recuperación, la curva gira hacia arriba y la vida empieza a mejorar. El principal problema del modelo es que la experiencia de la vida real de casi nadie sigue este modelo. Y tiene implicaciones reales sobre cómo tratamos a las personas. A partir de este modelo desarrollamos la idea de que debemos dejar que las personas toquen fondo antes de que sean tratables. La idea funciona tan mal en la vida real que desarrollamos las nociones de otro fondo, el siguiente fondo y el fondo real, que se convirtieron en extensiones del mismo modelo deficiente. No existe un fondo. Sólo hay consecuencias negativas que a veces son lo bastante graves como para motivar temporalmente, pero raramente durante el tiempo suficiente como para crear un cambio permanente. Gran parte del tratamiento se ha

basado en modelos que no reflejan la experiencia real ni del problema ni de la solución. Necesitamos modelos que reflejen las experiencias reales de las personas con TUS.

¿Qué es el MMRP®?

El Multi Modal Recovery Process® (MMRP) se desarrolló en el Instituto Moore y se basa en nuestra propia investigación y experiencia. A lo largo de muchos años de trabajo con personas, nos dimos cuenta de que, en general, avanzamos demasiado deprisa durante el proceso de tratamiento. Casi todos los profesionales del tratamiento del TUS desearían que el proceso de tratamiento fuera más largo. Queremos que una persona pase de aceptar que su principal problema es el alcohol/drogas a trabajar los 12 pasos en unas pocas semanas de tratamiento.

A menudo se da a la gente un plan básico muy rápidamente: identificar los desencadenantes, seguir los pasos y, tal vez, añadir un poco de trabajo sobre el trauma. Vemos que este modelo sólo funciona para el proveedor del tratamiento. Resultaba desalentador ver cómo se repetía el mismo patrón. Lo que se desarrolló fue un sistema blanco/negro, de aprobado/desaprobado, en el que una persona sufría graves consecuencias negativas o tocaba fondo. Entran en tratamiento y se les pide que admitan que son alcohólicos/adictos. Ven que los demás clientes siguen este modelo y cumplen. El problema es que están cumpliendo, pero no necesariamente están de acuerdo, y no necesariamente creen que sea su verdadero problema. Pueden creer que su problema es que su esposa no es razonable, que sus padres les hostigan y hacen una montaña de un grano de arena, que el sistema judicial les obliga, o cualquier otro problema excepto el abuso de sustancias.

En nuestra práctica privada, la gente vuelve de un tratamiento largo y muy caro y una de las primeras cosas que dirá es: «En realidad no soy alcohólico, sólo estaba deprimido», o algo parecido que indica su falta de

acuerdo. Lo que ocurre es que el programa de tratamiento decide cuál es el problema sin que el cliente se lo crea. Es mucho más importante encontrar algún punto en común respecto al problema. El acuerdo con la persona sobre la naturaleza exacta del problema es mucho más importante que la admisión de «soy adicto o alcohólico».

El Problema con el Tratamiento

Estamos agradecidos por los profesionales del tratamiento que nos ayudaron a mejorar y por los que trabajan tan duro para ayudar a las personas con TUS a mejorar cada día. Reconocemos a las personas sinceras y solidarias que trabajan en el tratamiento hoy en día. Sabemos que quieren ayudar a más personas a mejorar y que trabajan dentro del marco que les enseñaron, que muchas veces les ayudó a recuperarse de su propio TUS.

Como parte de nuestro trabajo, hemos derivado a muchas personas a centros de tratamiento hospitalario. En un momento de nuestras carreras, derivábamos y seguíamos a más de 50 personas al año a centros de tratamiento hospitalario. Esto nos dio una oportunidad única para comparar modelos, planes y resultados. Aunque algunas cosas están cambiando lentamente ahora, la mayoría de los tratamientos hospitalarios siguen basándose en los modelos de admisión, aceptación y cumplimiento que ya hemos comentado. Como ejercicio, una vez mostramos a nuestros internos los planes de seguimiento de múltiples centros de todo Estados Unidos. Utilizamos lugares conocidos, así como otros más desconocidos. Utilizamos programas muy caros y muy baratos, y con los membretes ocultos, nuestros becarios no pudieron notar la diferencia. Los documentos y planes de alta tenían un aspecto casi idéntico, independientemente de las circunstancias del cliente. Se remitían de manera uniforme para lo que funciona mejor para la mayoría. Aún más desconcertante era el número de veces que alguien regresaba de una estancia de tratamiento hospitalario muy exitosa y bien documentada, con un plan para intentar cumplir, pero sin ningún acuerdo real sobre el problema o el proceso.

Historia de Randy

Nos enviaron a Randy después de que se descubriera que consumía drogas en el trabajo. Un análisis de drogas positivo y su propio historial de consumo autoinformado fueron suficientes para ser remitido a un centro de hospitalización. Eligió uno bueno y le fue bien. Sus informes de tratamiento eran muy buenos e incluían la frase de uso frecuente: «el paciente admite fácilmente que es un «adicto»». Los informes continuos de Randy incluían un cumplimiento estupendo de los procesos terapéuticos e incluso un avance significativo en un acontecimiento traumático de la infancia que iba a ser seguido en terapia ambulatoria. En nuestra primera cita de seguimiento después del alta, informó de que «realmente no es como esas otras personas y el verdadero problema es la ansiedad y la depresión». Cuando le preguntamos sobre el informe de su cumplimiento, dijo que quería ayuda y que le fuera bien en el tratamiento y que esa era realmente la única manera de superarlo. Empezamos de nuevo y comenzamos el proceso de buscar una comprensión y un acuerdo reales sobre su problema.

Tanto la Adicción como la Recuperación son Modelos Conceptuales Sin Cierta Significado

Hay múltiples formas de pensar y entender el problema, y múltiples formas de mejorar.

Usando el Multi Modal Recovery Process (MMRP)© trabajamos con el cliente para descubrir cómo está pensando en su propio problema. A veces eso puede significar incluso evaluar y redefinir el problema cuando un cliente intenta encontrar una forma de que las sustancias sigan siendo su solución de por vida (prepárate). Una de nuestras realizaciones más dolorosas y difíciles es que la mayoría de la gente vuelve a consumir. La verdad es que la mayoría de los clientes beben o consumen drogas y luego acuden al tratamiento y mienten

al terapeuta y al grupo al respecto. Estos clientes mantienen en secreto cualquier consumo, lo que les impide evaluar si su plan realmente les está funcionando. Por lo general, los descubren, se les da una segunda oportunidad y luego se les da de alta o se les deriva a un tratamiento más restrictivo cuando vuelven a consumir.

Pensamos que hay una mejor manera de trabajar con ellos para ser más honestos sobre cómo fue su consumo. ¿Bebieron/consumieron más de lo previsto? ¿Consumieron solo la sustancia que pretendían? ¿Cómo se sintieron antes, durante y después? ¿Qué creencias tenían sobre cómo les ayudaría su consumo? ¿Acabó siendo cierta esa creencia? ¿Qué funcionó? ¿Qué no funcionó? Decidimos que era mejor utilizar esta investigación de campo en el proceso de tratamiento y de forma abierta para ayudar al aprendizaje, en lugar de hacerlo en secreto y tener solo su mente para evaluar los resultados. Eso, a su vez, ayuda a reevaluar el problema y cambia lo que sucede después.

El Multi Modal Recovery Process © se basa en la comprensión actual de cada individuo de su(s) propio(s) problema(s) y su historia única y natural de recuperación personal. Por lo tanto, debe estar en constante evolución a medida que surgen nuevos conocimientos. Esto se basa en la evaluación, el acuerdo y la reevaluación a lo largo del tiempo.

Cuatro Partes del Multi Modal Recovery Process©

Las cuatro partes del Multi Modal Recovery Process© son:

PAPA

(PAPA por sus siglas en inglés)

Problema

Evaluación

Plan

Responsabilidad/Ajuste

El Problema

Nadie piensa en el problema más que la persona que lo tiene. Respetamos que cada individuo haya estado trabajando en su propio problema durante mucho tiempo. Han invertido mucho tiempo en tratar de resolver dos preguntas muy importantes. «¿Qué me pasa?» y «¿Qué puedo hacer para mejorar?» Incluso cuando una persona viene a nosotros y dice: «No creo que tenga un problema», con unas pocas preguntas y un poco de escucha, ambos lo sabemos rápidamente. Lo que no tenemos es un acuerdo o un entendimiento mutuo sobre la naturaleza de ese problema. Todos pensamos mucho en nosotros mismos. Intentamos averiguarlo y mejorarlo.

A pesar de las apariencias, casi nadie está intentando empeorar su vida. Vemos que casi todos los que conocemos han estado intentando no acabar en manos de un profesional de la salud. Nadie intenta acabar buscando tratamiento para sus TUS. Debemos escuchar respetuosamente los resultados que cada individuo ha obtenido de su propia investigación de campo en el mundo real. ¿Cómo han respondido a la pregunta? Aunque nos parezca incorrecto, sabemos que tienen un compromiso significativo con ello.

En los siguientes capítulos vamos a examinar de cerca cada componente del MMRP y cómo funciona. Esto ayudará a todas las partes

implicadas a ser más capaces de ver el problema y el proceso de una manera que sea un acuerdo viable. Esto, a su vez, hace que las soluciones sean más viables, útiles y alcanzables. Todo comienza con la Star Matrix Assessment System©.

¿Eres un Adicto?

Todos somos diferentes. No juzgues, entiende en su lugar.

Roy T. Bennett



¿Admites que eres adicto o alcohólico? ¿Aceptas realmente que lo eres? Estas preguntas comunes pueden ser algunas de las menos útiles y más confusas que hemos usado y nos hemos hecho muchas veces. Inmediatamente nos topamos con el problema de los límites de las etiquetas, en el que podemos estar seguros de que no estamos de acuerdo sobre lo que significan las palabras adicto y alcohólico. Entonces, porque tenemos la ilusión de estar de acuerdo, avanzamos hacia un plan de recuperación con lo que es casi seguro un desacuerdo básico sobre lo que está mal. Sabemos que tiene algo que ver con el uso, mal uso, uso excesivo y abuso de sustancias que alteran el estado de ánimo, pero no sabemos por qué. Las viejas respuestas no funcionan. ¿Por qué bebo de la manera en que lo hago? Respuesta: Porque soy alcohólico. ¿Cómo sé que soy alcohólico? Respuesta: Por la forma en que bebo. Al final nos dimos cuenta de que estas respuestas simples solo funcionan durante una crisis y solo por un corto tiempo. Necesitábamos una comprensión más profunda y un modelo más detallado para los problemas a los que nos enfrentamos.

Problemas en el Campo

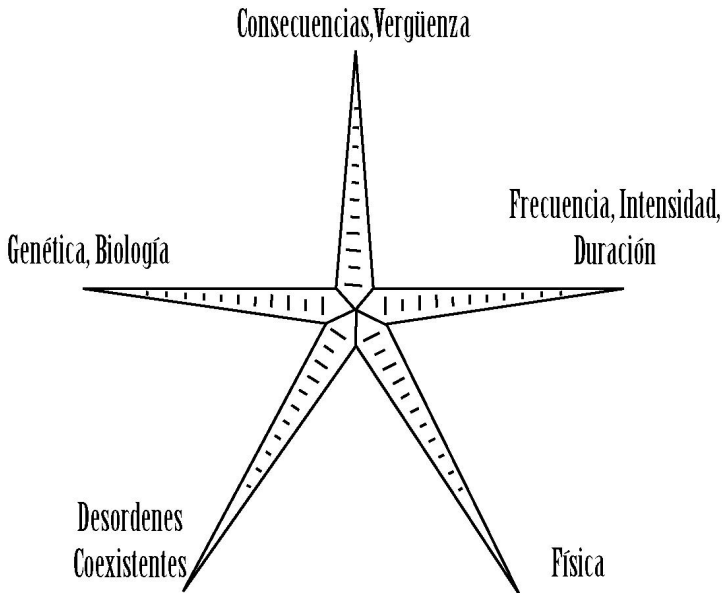
A medida que trabajábamos en el campo de la recuperación, nos dimos cuenta de que la cuestión de si eres adicto/alcohólico (o no) limitaba nuestra forma de ver el problema. En nuestro proceso de pensamiento sobre la naturaleza exacta del problema, éramos demasiado «ya sea/o». Las personas a menudo tenían el mismo diagnóstico, pero diferentes síntomas y problemas y, por lo tanto, necesitaban diferentes planes para abordar sus problemas. Nos preguntábamos cómo podíamos medir lo que es esencialmente único e individualizado. Con el tiempo y más información, desarrollamos lentamente el sistema de evaluación Star Matrix para abordar las diferencias que estábamos viendo.

La Star Matrix © es un sistema de evaluación basado en el entendimiento de que hay más de un camino hacia el trastorno por consumo de sustancias y, por lo tanto, más de una forma de conceptualizar el problema. Hay múltiples componentes que afectan a la pregunta más importante en todos los trastornos por abuso de sustancias, la pregunta es «¿por qué?»: ¿por qué una persona seguiría ingiriendo sustancias que alteran el estado de ánimo a pesar de las graves consecuencias negativas o la amenaza de consecuencias negativas? Una evaluación debe responder a esa pregunta teniendo en cuenta todos los posibles factores que puedan estar involucrados. Hay cinco dominios principales que la investigación ha identificado como factores en la etiología multifactorial de los trastornos por consumo de sustancias que comúnmente se denominan alcoholismo y adicción. Son:

- Predisposición Genética y Biología
- Dependencia (incluida la frecuencia, intensidad, duración y tipo de sustancia consumida)
- Problemas de Salud Mental Coexistentes y Traumas Pasados
- Consecuencias (tanto del consumo de sustancias como de la salud mental y los traumas en la vida)

- Factores Físicos (incluyendo todos los demás trastornos, dolor físico, enfermedades)

MATRÍZ de ESTRELLA



El Star Matrix Assessment System© tiene en cuenta estos cinco dominios y su relación y peso entre sí para obtener una imagen más detallada y matizada del trastorno por consumo de sustancias de la persona en su conjunto. El sistema utiliza pesos tanto objetivos como subjetivos como medida de cada área. Esto es similar a una escala de medición del dolor, en la que la persona decide cuán importante es y cuánto le afecta a ella y a su vida. Utilizamos una escala de cero a diez puntos, donde cero significa que no hay problemas con

ese punto de la matriz y diez que se está muy afectado por ese problema. Al observar el gráfico anterior, el cero está en el centro y el diez en el borde más externo.

Por Qué Importa

Nuestras preguntas son demasiado limitadas. ¿Es la persona adicta o alcohólica? ¿Tiene un trastorno por consumo de sustancias? Estas preguntas no tienen en cuenta que cada persona es única. Decir simplemente que una persona es alcohólica o adicta no nos ayuda mucho a comprender qué tipo de trastorno por consumo de sustancias tiene. Durante demasiado tiempo, el diagnóstico de alcoholismo, adicción y ahora trastorno por uso de sustancias (TUS) ha llevado a un enfoque estandarizado del tratamiento de la planificación sin resolver el problema.

Por desgracia, a veces este enfoque no solo no ayuda, sino que puede provocar daños. Una persona solo cumplirá a largo plazo con un plan de tratamiento en el que realmente crea. Lo que creemos que hace que una persona sea como es determina cómo la tratamos y cómo se trata a sí misma. Deben tenerse en cuenta todos los factores. Con el Star Matrix Assessment System ©, existe una forma de considerar los factores y ayudar a determinar un plan con apoyo y responsabilidad que funcione para esa persona en concreto. Con este sistema, podemos observar a la persona en su totalidad y trabajar con ella para evaluar y elaborar su plan de recuperación individual y más natural.

Hemos tenido la suerte de que las personas inscritas en el proceso de terapia grupal intensiva en el Moore Institute aceptaran ayudarnos con nuestra investigación para la Fundación de Investigación de Adicciones. Esto nos permitió investigar, definir y perfeccionar tanto el Star Matrix Assessment System© como el Multi Modal Recovery Process©. Estos ejemplos de casos fueron personas que nos permitieron utilizar esta información para ayudar a otros. Los nombres y la información de identificación se cambiaron para proteger sus identidades.

Ejemplos de Casos Usando el Star Matrix Assessment System ©

Connie

Connie es una mujer atractiva de 66 años de los suburbios. Ha bebido normalmente la mayor parte de su vida hasta que sus hijos crecieron y se fueron de casa. A los cincuenta años empezó a beber en exceso. Desde entonces, ha sido arrestada varias veces por conducir bajo los efectos del alcohol y ha causado estragos en su hogar. Es muy querida, pero cuando bebe, se enfada y se vuelve abusiva. Ha ido a múltiples tratamientos y ha asistido a reuniones de AA con regularidad. Siempre ha tenido un padrino y ha trabajado los 12 pasos varias veces. Sin embargo, todavía no puede mantenerse sobria. Si miramos más de cerca su historia, descubrimos que su tío abusó sexualmente de ella cuando tenía 9 años, pero le dijo que no se lo contara a nadie o «vendrán a llevarte».

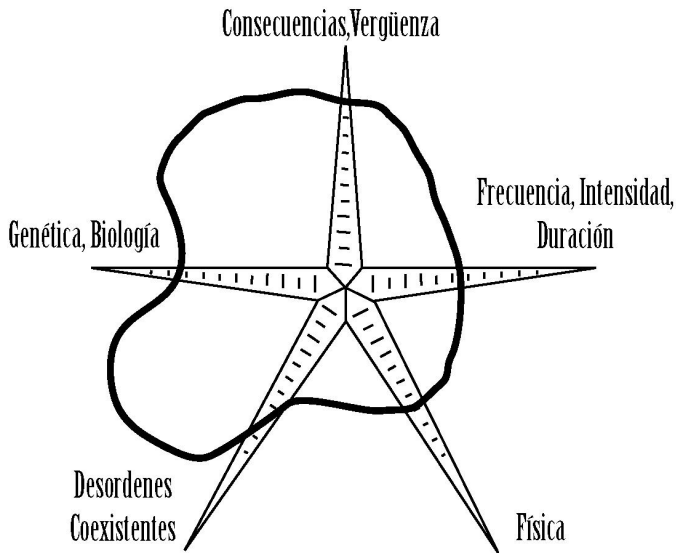
Connie aprendió a sonreír e ignorar su dolor personal en cada función familiar. Conoció a Sam, su esposo por 50 años, en un baile de la preparatoria. Comenzaron una intensa relación adolescente y ella quedó embarazada rápidamente. A Connie le dijeron que para seguir siendo una «buena chica» necesitaba casarse con Sam y olvidarse de cualquier sueño de universidad y carrera. Se convirtió en una «mamá de fútbol» perfecta que asistía a todos los juegos, a todas las funciones escolares no solo de este niño sino de los cinco que siguieron. Cuando el último de estos hijos se fue de casa, se quedó no solo con un hombre al que no conocía, sino con uno que no le gustaba especialmente. Era frío, controlador y exigente. Le importaba poco como persona, pero le preocupaba la apariencia de perfección como familia.

Connie estaba físicamente cansada, vacía y muy sola en su vida. El alcohol le hacía olvidar estos problemas, así que bebía... mucho. Iba a

rehabilitación y volvía a casa al mismo entorno. Su marido no apoyaba sus intentos de recuperación. Intentaba ser una «buena chica» y hacer «lo correcto», y luego caía en la soledad y bebía un poco más. Se convirtió en un ciclo. Cuando ingresó en el programa intensivo utilizando Star Matrix©, analizamos su situación. Disfrutaba de la comunidad de AA, así que lo mantuvo como parte de su plan. Consideró la idea del divorcio y decidió que a estas alturas de su vida le parecía demasiado arriesgado. Se permitió empezar a tomar clases en la universidad comunitaria que le interesaba y puso en marcha su propio negocio de diseño de interiores. Se involucró más en su iglesia.

Empezó a permitirse saber lo que estaba experimentando y se volvió más honesta sobre sus necesidades y deseos. Aprendió a establecer límites con su marido, lo que mejoró su relación. Empezó a hacer ejercicio y a llevar una dieta más equilibrada. Tomó todos estos componentes para mejorar su vida y detener el ciclo de recaídas en el que estaba. Prosperó y aprendió que podía manejar los altibajos en su vida.

LA MATRÍZ ESTRELLA DE CONNIE



Joe

Joe es un adicto a la heroína de 28 años. Empezó a consumir a los 17 y ha entrado y salido de muchos centros de tratamiento de TUS. Proviene de una familia de clase media alta que ha intentado ayudarlo de la única manera que sabía. Lo enviaron a más tratamientos. Nuestro programa grupal intensivo, que utiliza el MMRP®, fue su decimotercera experiencia de rehabilitación. Tenía un tío que había muerto de complicaciones relacionadas con el alcohol cuando él era joven, por lo que sus padres estaban realmente preocupados y temían que él siguiera el mismo camino. Cuando era joven, sus padres estaban muy involucrados en su vida. Sufrió bullying en la escuela primaria, pero cuando entró en la preparatoria, tuvo un estirón y se convirtió en el mariscal de campo estrella del equipo de su escuela. Entonces fue más popular. Empezó a beber a los 15 años, al igual que sus amigos, y todos bebían en exceso. Los

reclutadores universitarios estaban buscando a Joe, y él pensó que estaba en la cima del mundo. Luego ocurrió el accidente de coche.

Una noche, mientras bebía, se salió de un terraplén y se rompió la espalda. Sufrió un dolor agudo durante mucho tiempo. Estuvo postrado en cama durante meses. Los médicos le recetaron un potente narcótico en el hospital. No solo aliviaba su dolor físico, sino también su dolor emocional. Nunca volvería a poder jugar al fútbol, pero los analgésicos no parecían afectarle tanto. Cuando volvió a la escuela, la gente se preocupaba por él, pero no tanto como antes. Había un nuevo quarterback estrella que era bueno. Joe empezó a sentirse excluido. El único momento en el que sentía algún alivio era cuando tomaba los analgésicos, así que empezó a tomar dos en lugar de uno.

Este patrón se intensificó y, cuando menos se dio cuenta, estaba yendo a varios médicos y recibiendo más y más analgésicos. Pronto, los médicos empezaron a sospechar y le dijeron que no más analgésicos. Joe entró en pánico y robó un talonario de recetas y escribió su propia receta para narcóticos. Fue arrestado en su primer intento de pasar una receta falsa. Lo que siguió fue su primera experiencia de tratamiento. Fue en una unidad local para adolescentes para el tratamiento del TUS. Allí aprendió sobre la heroína.

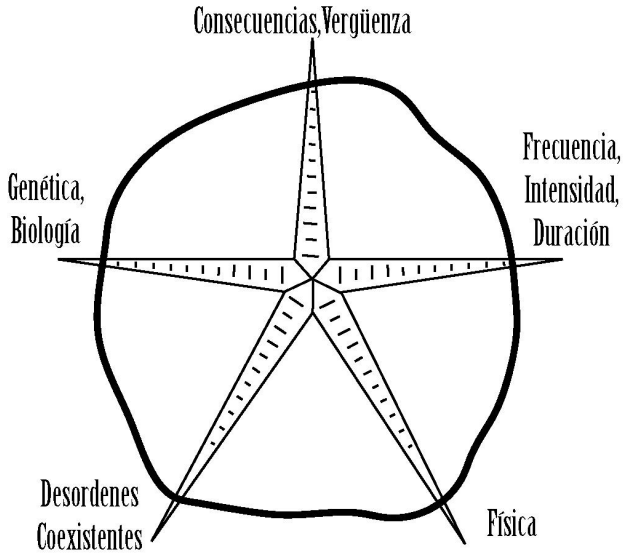
Era barata y fácil de encontrar. El primer día de su alta encontró un traficante y empezó a comprar heroína.

A la semana siguiente, Joe la estaba usando por vía intravenosa (IV). Tuvo una sobredosis y tuvo que ser reanimado. Llegó a la Unidad de Cuidados Intensivos después de una recaída en la que había permanecido abstinente durante casi nueve meses. Cuando llegó a la Unidad de Cuidados Intensivos, estaba al tanto del tratamiento y sabía lo que los profesionales del tratamiento querían que dijera. Tomó mucho tiempo llegar a la verdad con él, ya que estaba muy a la defensiva.

El plan de Joe comenzó con la idea de que, dado que había empezado a consumir tan joven, no podía ser realmente un adicto. Había asistido a NA con regularidad y había «trabajado los pasos», pero sentía que no le ayudaban. Creía que su problema se debía estrictamente a la dependencia física: la lesión que sufrió en el accidente de coche lo causó. Cuando pudimos examinarlo más de cerca, pudo ver que antes del accidente bebía más que sus amigos. Su historia familiar estaba más fuertemente afectada por los factores genéticos/biológicos de lo que había imaginado. Hablando directamente con su madre y su padre, descubrió secretos familiares sobre otros miembros que habían muerto jóvenes por el consumo de sustancias.

Con algo de tiempo y orientación, Joe descubrió que la meditación le ayudaba a calmar la mente, lo que le ayudaba a tomar mejores decisiones. También descubrió que, debido al accidente y al posterior consumo de drogas, su proceso de maduración se había interrumpido. En lugar de un grupo de autoayuda, se unió a un grupo de hombres que hacía hincapié en la responsabilidad y le proporcionaba modelos de conducta sobre cómo los hombres deben interactuar en el mundo. Continuó con una terapia en profundidad y encontró formas saludables de divertirse y disfrutar de la vida. Recientemente se casó y está prosperando sin consumir sustancias que alteran el estado de ánimo.

LA MATRÍZ ESTRELLA DE JOE



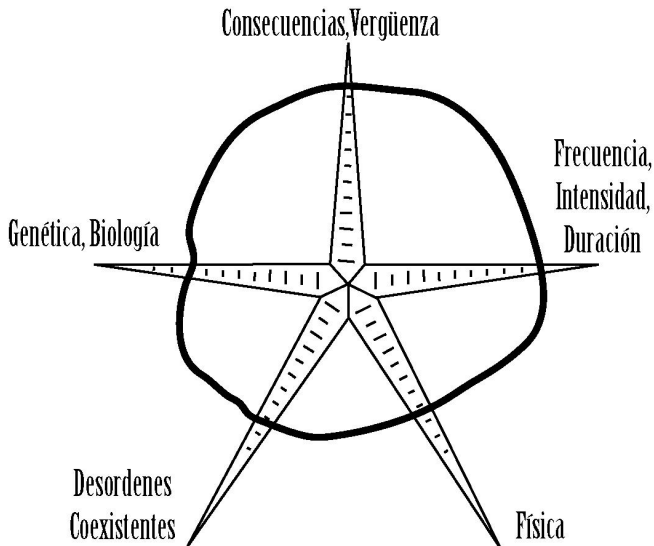
Barry

Barry había estado bebiendo una cantidad significativa de alcohol durante muchos años. Había perdido trabajos, relaciones, había sido arrestado por conducir bajo los efectos del alcohol y por embriaguez pública, y tenía problemas de salud probablemente relacionados con el consumo de alcohol. Cuando trató de dejarlo, tuvo síntomas de abstinencia y volvió a beber incluso después de largos períodos de abstinencia. Barry fue criado por su madre soltera, que bebía demasiado. Nunca conoció a su padre. A Barry le dijeron que su padre tenía muchos problemas de ira cuando bebía.

Ahora, a los 51 años, Barry informó que empezó a drogarse cuando tenía 15 años y consumió muchas drogas durante sus años universitarios. Siempre bebió, pero rara vez en exceso, hasta que dejó de consumir otras drogas después de casarse y comenzó una trayectoria profesional en la que debía someterse a pruebas de detección de drogas. Su consumo de alcohol y los problemas asociados han aumentado constantemente durante los últimos 25 años.

Una pregunta que Barry nunca se había planteado era la siguiente: desde los 15 años, ¿cuántas veces has pasado siete días seguidos sin consumir sustancias que alteran el estado de ánimo? Con algo de educación y retroalimentación, Barry comenzó a darse cuenta de que tenía una relación disfuncional de larga data con las sustancias que alteran el estado de ánimo.

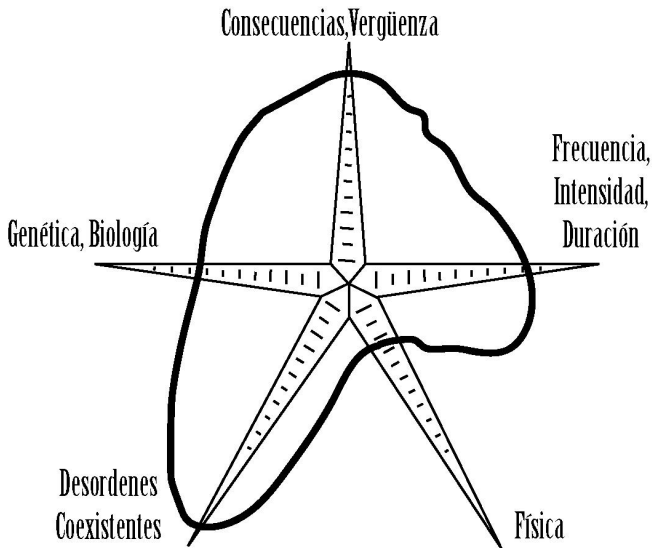
LA MATRÍZ ESTRELLA DE BARRY



Sam

Sam ha estado bebiendo una cantidad significativa de alcohol a diario durante muchos años. Ha tenido consecuencias importantes, como la pérdida de su trabajo y dos detenciones. Su matrimonio estaba a punto de terminar. Cuando trató de dejar de beber, tuvo síntomas de abstinencia y siempre volvió a beber. Sam tiene 52 años y dijo que bebía ocasionalmente y en sociedad hasta poco después de la muerte de su hija de 16 años en un accidente automovilístico. Recordó que su madre murió en un accidente automovilístico cuando él tenía 16 años. Sam sufrió un trauma significativo tanto en la primera infancia como en la edad adulta que le ha afectado. Empezó a consumir sustancias que alteran el estado de ánimo para automedicarse. Se dio cuenta de que no podía consumir ninguna sustancia que alterara el estado de ánimo, incluido el alcohol, y sanar. Necesitaba trabajar específicamente en torno al trauma para su plan de recuperación.

LA MATRÍZ ESTRELLA DE SAM



Todas estas personas tienen trastornos por consumo de sustancias que se denominan más comúnmente alcoholismo o drogadicción. Todas presentan síntomas y problemas similares. Pero no son lo mismo. La respuesta a la pregunta del «por qué» es muy diferente para cada uno de ellos. El sistema de evaluación Star Matrix es capaz de ayudar a determinar la diferencia y, por lo tanto, iniciar un proceso de recuperación único e individualizado para cada persona.

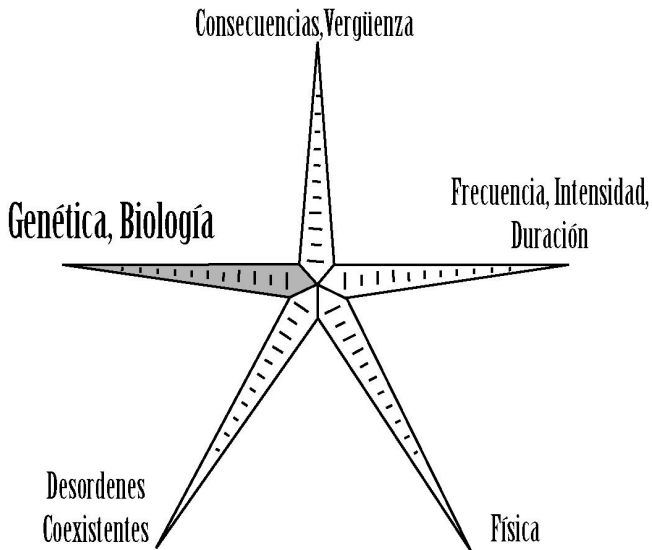
En los próximos capítulos, analizaremos más de cerca los cinco componentes que conforman el sistema de evaluación Star Matrix y cómo cambia la forma en que vemos los procesos de adicción y recuperación. Con una nueva comprensión y visión del problema de cómo las personas mejoran, nos abrimos a los muchos caminos de recuperación más exitosos y naturales.

Genética y Biología

La genética trata sobre cómo se almacena y transmite la información entre generaciones.

John M Smith

MATRÍZ de ESTRELLA



Comprender la Biología de los Trastornos por Uso de Sustancias

Hay una cantidad considerable de cosas que no sabemos sobre el cerebro y cómo la genética y la fisiología influyen en los TUS. Algún día seremos capaces de medir estos factores con mayor exactitud. Mientras tanto, debemos utilizar la información que tenemos, junto con algo de imaginación, para explorar esta importante variable. Sabemos que no todas las personas obtienen el mismo efecto de dosis idénticas de la misma droga. Esto puede suceder de dos maneras muy importantes.

Un factor es la experiencia subjetiva de la euforia. En resumen, a algunas personas les gusta más la forma en que las drogas les hacen sentir que a otras. Incluso creemos que la euforia puede ser un efecto secundario que solo un pequeño porcentaje de la población puede experimentar realmente. Cualquiera puede verse afectado temporalmente por el uso de sustancias que alteran el estado de ánimo; cualquiera puede experimentar intoxicación, desinhibición y otros efectos comunes, pero la euforia puede ser un efecto de los pocos a los que llamamos «verdaderos respondedores». No solo sienten alivio, sino un alivio verdadero y completo. «Estoy bien, tú estás bien y todo va a salir bien». A la mayoría de la gente no le gusta la experiencia de embriagarse en exceso. Lo experimentan como una sensación de pérdida de control. Un verdadero respondedor nunca se siente fuera de control. Cuanto más embriagado se encuentra, más controlado se siente. Esto es verdadera euforia. Esta es la experiencia que creemos que solo algunos están predispuestos a experimentar. Esta verdadera respuesta de euforia puede tener una base en el cerebro e incluso podría ser una tendencia heredada.

Señal de Alto Vs. Señal de Seguir

También creemos que algunas personas responden a los efectos de la intoxicación con una fuerte señal de parada. Empezarán a pensar que este efecto es demasiado y sentirán la necesidad de reducir la velocidad o detenerse. Una verdadera persona con respuesta genética nunca recibe esa señal. Recibe la señal opuesta. Hay una fuerte señal de «Sigue» o «Más» que siempre es la respuesta a cualquier nivel de alteración del estado de ánimo.

Por lo tanto, lo que creemos que puede heredarse es una predisposición hacia una señal de «Adelante» frente a una señal de «Alto» y una euforia que refuerza fuertemente. El error que hemos cometido es creer que, básicamente, todas las personas responden igual a la ingestión de sustancias que alteran el estado de ánimo y que la mayoría de las personas son lo suficientemente fuertes o inteligentes como para resistirse a un consumo excesivo. Pero, ¿y si esto no es cierto? ¿Y si todos respondemos de maneras muy diferentes y genéticamente predispuestas?

Al principio de nuestras carreras, uno de los autores (Steve) trabajó con una doctora en medicina de adicciones particularmente eficaz que no estaba en recuperación y no había experimentado personalmente un trastorno por consumo de sustancias. Como era una médica competente y atenta, le preguntaba por sus experiencias personales con las sustancias.

Historia de Steve Sobre esa Experiencia:

Durante una temporada festiva, estábamos hablando de ir a fiestas en las que se serviría alcohol. Le dije que ya no me gustaba ir a ellas. Le expliqué que no se trataba tanto de la tentación de beber, sino más bien de una aversión por el ambiente y la atmósfera. La médica dijo algo que nunca he olvidado. Dijo: «Sabes, simplemente no lo entiendo. Si estoy en una fiesta y tomo ese

segundo trago, en cuanto empiezo a sentirlo, sé que tengo que parar». En el momento en que lo dijo, supe que nunca antes había sentido eso en mi vida. Si estoy en una fiesta y tomo esa segunda copa, en cuanto lo siento, sé que tengo que seguir. No recibo una señal de parada o tal vez de reducir la velocidad. Recibo una señal de VAMOS. Más es lo que quiero.

A medida que continuábamos nuestra discusión, se hizo muy evidente que estábamos teniendo dos experiencias fundamentalmente diferentes con el consumo de la misma sustancia.

Y, hasta donde ambos recordábamos, nuestras respuestas siempre habían sido así para cada uno de nosotros. Esto era algo más básico que la intoxicación o la desinhibición. En cierto nivel, ella recibía una señal de alto mientras que yo recibía una señal de adelante muy poderosa. Esta es una de las predisposiciones heredadas a la ingestión de sustancias que alteran el estado de ánimo. Algunos de nosotros parecemos tener un gran botón rojo de «alto» que responde a la alteración del estado de ánimo. Para otros parece activar un gran botón verde de «adelante».

Steve ha contado esta historia cientos de veces en muchos entornos diferentes. Es casi un diagnóstico observar al público para ver si asienten con la cabeza al botón de alto o al botón de sigue. Todo el mundo suele saber cuál tiene.

Poco después de esa poderosa conversación, un psiquiatra del mismo edificio del Hospital Universitario hablaba de la euforia como efecto secundario de algunas drogas. Dijo algo importante cuando señaló que el objetivo de la mayoría de las drogas era aliviar el dolor o los síntomas y que, en cierto modo, la euforia era un efecto secundario no deseado que causaba tantos problemas como los que resolvía. En posteriores debates, y mientras evaluábamos la investigación sobre las escalas del dolor, descubrimos que no todo el mundo experimenta una verdadera euforia con las drogas y el alcohol. De hecho, la mayoría de la gente no la experimenta. Todo el mundo puede

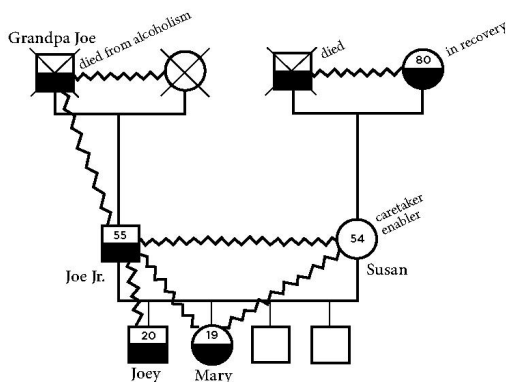
intoxicarse y alterarse, pero la verdadera euforia parecía ser solo para un subconjunto relativamente pequeño al que él empezó a llamar «verdaderos respondedores».

Por lo tanto, alguien que esté más predispuesto genética o biológicamente a un trastorno por consumo de sustancias sería un verdadero respondedor a la euforia con un botón verde puro de «adelante» en respuesta a la alteración del estado de ánimo. Creemos que estos factores pueden ser hereditarios.

La Biología y Star Matrix

Si existían estas predisposiciones heredadas, las preguntas deben centrarse en cómo medir estos factores. El punto más fácil de considerar es el número de personas en tu familia biológica que también tienen algún tipo de trastorno por consumo de sustancias. Hacemos preguntas sobre padres, abuelos y otros miembros de la familia. El total y tu relación directa con los miembros de la familia implican la posibilidad de heredabilidad. A continuación, consideramos la edad en la que empezaste a consumir y la rapidez con la que tu relación con la sustancia creó consecuencias negativas. Por último, te preguntamos sobre la respuesta inicial a las sustancias que alteran el estado de ánimo. Este puede ser el factor más importante, pero difícil de medir. ¿Tuviste una respuesta principalmente eufórica como, «esta es la respuesta para mí, y solo quiero más»?

Con información sobre la familia (genograma) y el recuerdo de experiencias de uso tempranas, podemos establecer una puntuación razonable para esta área de la Star Matrix.



Genogram from Hellenic Family Therapy Website <https://www.hellenictherapy.com>

Star Matrix y Genética

En el campo del tratamiento existe un debate sobre si la adicción es genética o aprendida. Creemos que la respuesta es que lo más probable es que incluya algo de ambas. Por lo general, cuanto mayor es el número de personas en una familia con TUS, más grave es el uso por parte del individuo.

La otra consideración sobre este punto de la Star Matrix es si una persona siente euforia tras el primer uso, como se ha comentado anteriormente. Un «verdadero respondedor», a diferencia de un usuario «evitador del dolor», sentirá una experiencia tan placentera, que comenzando con su primer uso, podrá recordarlo con absoluta claridad, mientras que la experiencia de sentirse normal se vuelve inusual. Esto aumenta el dolor que siente un «verdadero respondedor» cuando no consume una sustancia que altera el estado de ánimo.

Conoce a Clyde y a Debbie

Para comprender mejor la diferencia, veamos los casos de Clyde y Debbie. Clyde proviene de una larga línea de alcohólicos conocidos que

también eran funcionales en el trabajo y en la sociedad. Fue un jugador estrella de béisbol en la preparatoria. Clyde siempre fue querido y popular entre sus compañeros. Tenía un promedio de calificaciones de 3.9. Durante su último año de instituto se desgarró el manguito rotador. Tuvo que someterse a una cirugía extensa. Le dieron un potente narcótico opioide para el dolor. Con su primer uso, Clyde se dio cuenta de que sentía una explosión de energía y que se sentía en la cima del mundo cada vez que tomaba una. Luego se dio cuenta de que dos de estas pastillas lo hacían sentir aún mejor que una, pero la sensación era temporal.

Cuando desapareció esta sensación de euforia, sintió que su mundo se había acabado. Creía que no podía llevar una vida sin la buena sensación y la energía que le proporcionaban las pastillas. Este pensamiento se convirtió en la creencia de que, sin las pastillas narcóticas, tenía demasiado dolor físico para poder llevar una vida normal, lo que le llevó a su ciclo de TUS.

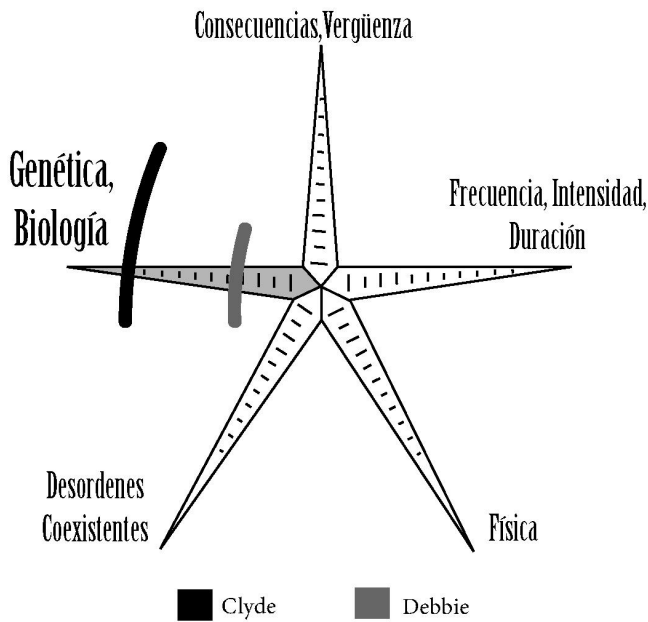
Por el contrario, Debbie no ha podido encontrar ninguna evidencia de adicción en su familia. Era tranquila y tímida en la escuela y una buena estudiante. En el último año de la universidad fue agredida sexualmente en una fiesta en la que la habían animado a beber. Debbie se culpó a sí misma y se dijo que debería haberlo sabido. Vivió en una vergüenza crónica a partir de la experiencia. Su autoculpa solo aumentó su dolor y el único alivio que sintió Debbie fue cuando bebía. El alcohol parecía ser un analgésico. Debbie comenzó un ciclo de borracheras intermitentes cuando el dolor de este trauma se volvió demasiado intenso.

Ambos terminaron en un ciclo de uso adictivo, sin embargo, ambos tuvieron una respuesta física diferente al uso. Se consideraría que ambos tienen TUS, pero solo Clyde fue un «verdadero respondedor».

Por lo tanto, podríamos argumentar que era mucho menos probable que Debbie hubiera desarrollado un trastorno por uso de sustancias sin el evento precipitante (agresión sexual), mientras que era muy probable que

Clyde desarrollara TUS tan pronto como estuviera expuesto a sustancias que alteran el estado de ánimo. En el caso de Clyde, la lesión fue más un catalizador de lo que iba a suceder. En el caso de Debbie, el dolor (agresión sexual) fue más una causa y efecto. Esta distinción será muy importante a medida que comencemos nuestros planes para comprender y facilitar un plan para mejorar.

GENÉTICA/BIOLOGÍA DE CLYDE Y DEBBIE
PUNTOS DE LA MATRIZ ESTELAR



Frecuencia, Intensidad y Duración

La vida no es solo el paso del tiempo.

La vida es una colección de experiencias y su intensidad.

Jim Rohn



Otro factor importante en Star Matrix es la dependencia, que puede basarse en los factores de frecuencia, intensidad y duración.

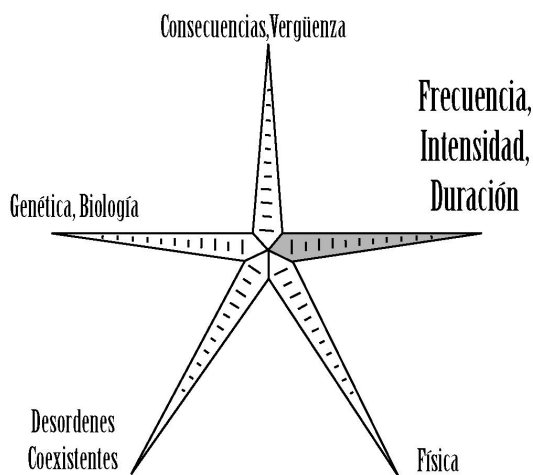
Las sustancias que alteran el estado de ánimo tienen propiedades conocidas que incluyen tolerancia, dependencia y síntomas de abstinencia. La intensidad de estos está directamente relacionada con el tiempo y la cantidad de sustancias que una persona ha estado consumiendo. Por ejemplo, un período relativamente corto de consumo de marihuana, incluso con consecuencias negativas graves, obtendría una puntuación muy cercana a cero (el punto central de la Star Matrix), mientras que un período significativo de consumo excesivo de alcohol, incluso sin consecuencias previas, sería relativamente más alto. Un largo período de consumo de benzodiacepinas o heroína, sustancias con alto riesgo de producir tolerancia y retiro, siempre obtendría una puntuación cercana a 10 (el borde exterior de la línea).

El factor de duración está directamente relacionado con el tiempo y la cantidad de sustancias que una persona ha estado consumiendo durante un período de tiempo, incluida toda la vida, pero sobre todo durante el tiempo que se identifica como «trastorno» utilizando.

Otros factores a tener en cuenta son la edad de inicio, el sexo, la edad actual y la complejidad del experimento químico (cuántas sustancias diferentes se utilizaron y durante cuánto tiempo). Cuanto antes una persona empieza a consumir sustancias que alteran el estado de ánimo, más probabilidades habrá de que se produzcan efectos negativos. Algunas sustancias (como el alcohol) parecen afectar más negativamente a las mujeres en el aspecto físico. Sin embargo, más profundos y difíciles de medir son los efectos de lo que llamamos «experimentos químicos».

Teniendo en cuenta todos estos factores, y cuando se nos da suficiente información, podemos llegar a una ubicación lógica para cada persona en la escala FID del Star Matrix ©.

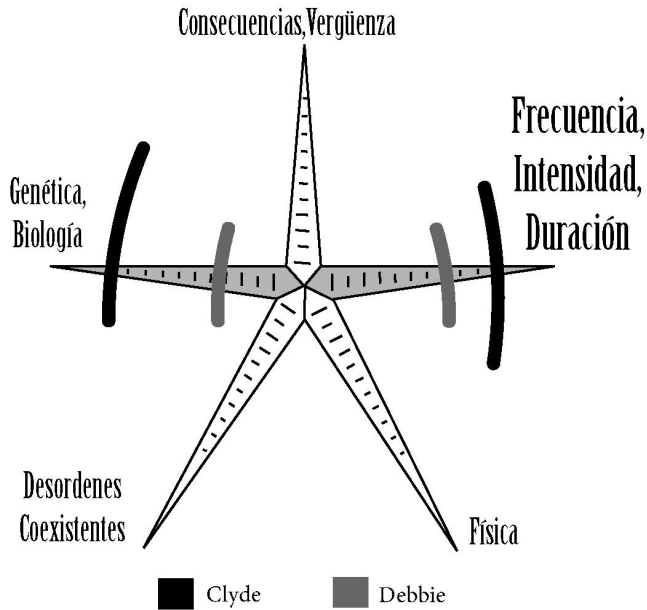
MATRÍZ de ESTRELLA



Por lo tanto, tiene sentido que si Clyde está consumiendo un narcótico opioide potente todos los días y Debbie está bebiendo en exceso, la frecuencia de Clyde sería un problema mayor que la de Debbie. Clyde tendrá más probabilidades de necesitar un programa de desintoxicación médica debido a la cantidad de veces que ha ingerido su sustancia que altera el estado de ánimo, y también es probable que tenga que controlar síntomas físicos adicionales a largo plazo como parte de su plan.

La última parte de este rompecabezas es la duración. En nuestro ejemplo anterior, Clyde empezó a consumir en la preparatoria y Debbie de joven adulta. La duración de Clyde es mayor que la de Debbie. En general, cuanto más tiempo haya consumido una persona, más extenso será el problema. La exposición repetida a lo largo del tiempo (duración) es lo que crea los efectos primarios de tolerancia y abstinencia. Por lo tanto, el FID de Clyde se consideraría un factor más importante que el de Debbie.

GENÉTICA/BIOLOGÍA Y F.I.D.
DE CLYDE Y DEBBIE
PUNTOS DE LA MATRIZ ESTELAR

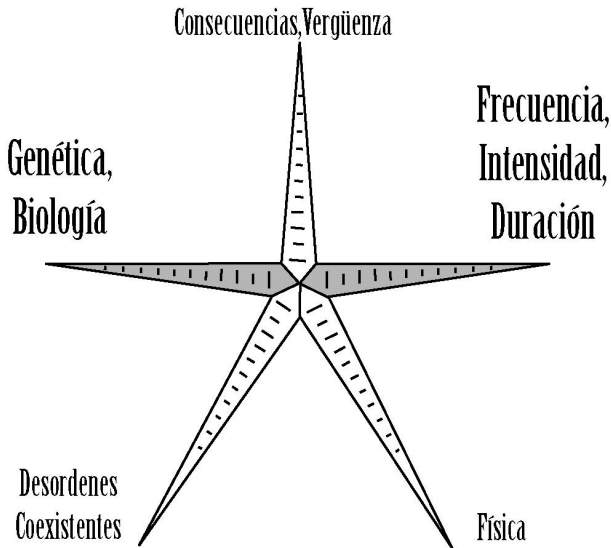


John

John tiene dieciocho años y lleva seis meses consumiendo heroína. Ha tenido que ser reanimado en dos ocasiones por peligrosas sobredosis de drogas, pero ha sobrevivido en ambas ocasiones. Todavía conserva su aspecto, tiene un cuerpo sano, le va bien en la escuela y no tiene problemas legales. Las personas que le rodean están preocupadas, con razón, por los dos casos en los que tuvieron que reanimarle, pero él apenas los recuerda. Debido a la corta duración de su consumo, todavía no está «preparado» para recibir ayuda. Todavía considera que los dos casos de casi muerte fueron solo mala suerte.

Estos Dos Brazos trabajan juntos

MATRÍZ de ESTRELLA

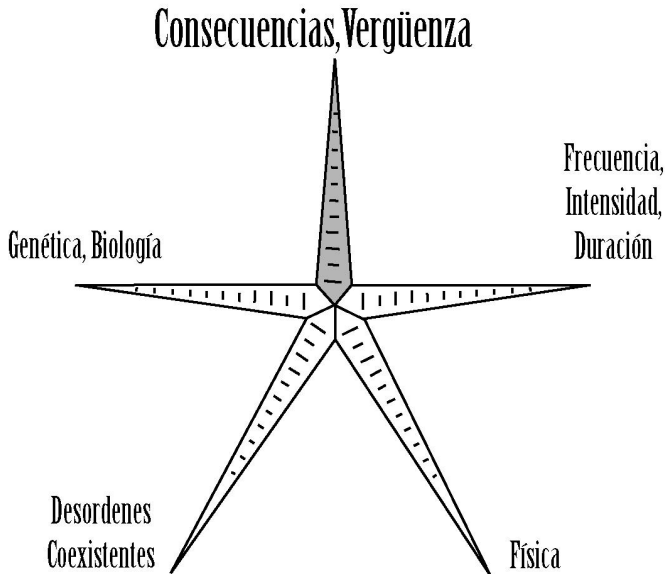


Este brazo de la Star Matrix se encuentra frente al brazo genético y juntos pueden utilizarse para describir la gravedad del problema con mayor precisión. Esto también puede mostrar que los trastornos por consumo de sustancias que parecen similares pueden ser de naturaleza muy diferente. Alguien con una predisposición genética muy alta puede tener muy poca frecuencia, intensidad y duración y, sin embargo, seguir teniendo muchos problemas. Mientras que alguien con una predisposición baja consumirá más con el tiempo antes de que aparezcan los TUS.

Trastornos Coexistentes

Trabajar con personas que padecen problemas de salud mental y adicción al mismo tiempo es uno de los mayores retos a los que se enfrentan los servicios de salud mental y adicciones de primera línea. La coexistencia de estos problemas añade complejidad a la evaluación, la planificación de casos, el tratamiento y la recuperación.

MATRÍZ de ESTRELLA



¿El Huevo o la Gallina?

Es bien sabido que a menudo existe una conexión entre los trastornos de salud mental y los trastornos por abuso de sustancias. Lo que no siempre se sabe es cuál de los dos apareció primero. ¿El problema de salud mental causó el abuso de sustancias? ¿El uso repetido de sustancias causó otro problema de salud mental que no existía antes, o la persona tuvo ambos todo el tiempo?

Las tres son ciertas para algunas personas. El abuso de sustancias a veces puede imitar los problemas de salud mental. A veces una persona sufre un problema de salud mental y utiliza sustancias que alteran el estado de ánimo para automedicarse, mientras que otras veces ambos ocurren al mismo tiempo. Esto hace que la evaluación sea más compleja, pero menos importante. Muchas personas creen que tienen un problema que debe resolverse para que los demás desaparezcan. Por ejemplo: «Tengo ansiedad (y/o depresión) y por eso consumo». Lo que debe suceder en su lugar es que ambos problemas deben abordarse por igual. Por lo tanto, un tratamiento exitoso evaluará correctamente todos los problemas con un plan para manejarlos, en las cantidades adecuadas y en los momentos adecuados.

Clyde y Debbie son Diferentes en Algunos Aspectos

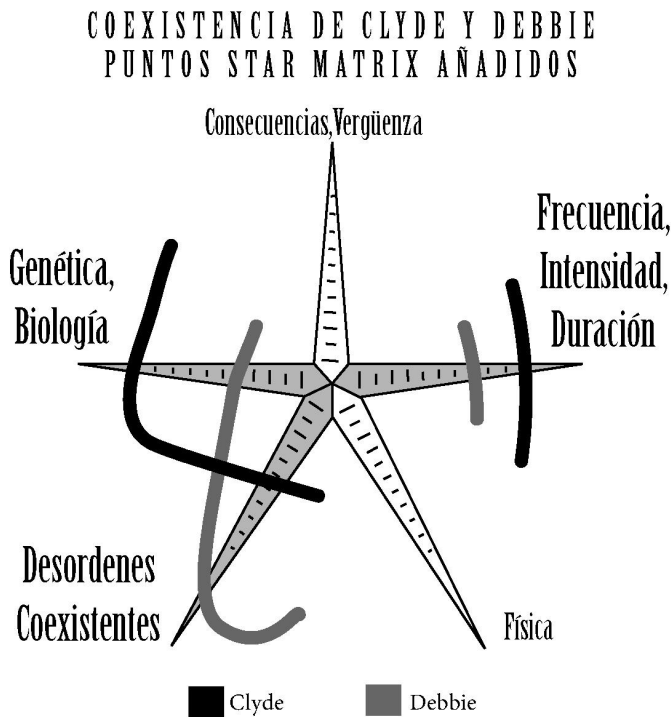
Evaluamos a Clyde y Debbie y sus problemas a medida que avanza el consumo de sustancias de ambos. Probablemente, Debbie había desarrollado un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Automedicarse con alcohol era la única forma que tenía de dormir sin que le asaltaran recuerdos intrusivos y pesadillas. La vergüenza que sentía por beber esa noche, además de sentirse responsable, le impedía buscar el apoyo emocional y la ayuda que necesitaba.

Su consumo de alcohol aumentó a medida que sentía más y más ansiedad y disfunción interna por el trauma no tratado de la agresión sexual.

Clyde se volvió cada vez más arrogante y egocéntrico a medida que aumentaba su dependencia de los analgésicos. Cuanto más los usaba, se creía más inteligente, poderoso y capaz. Empezó a creer que tenía una cualidad especial que otros no poseían. Todo esto dependía de que tomara la cantidad suficiente de analgésicos. Aunque parezca que está desarrollando arrogancia, en realidad es un efecto de las sustancias.

Debbie está sufriendo dolores para poder funcionar. Clyde ha descubierto una pastilla que le hace sentir como Superman si consigue la dosis y la cantidad correctas. Tanto Debbie como Clyde están teniendo cada vez más problemas de diferentes maneras y por diferentes razones.

El TEPT coexistente de Debbie aumenta su puntuación en su eje de The Star Matrix©, mientras que el trastorno resultante de Clyde lo acerca al punto medio en esta área.



Comúnmente Vistos Juntos

Hay muchos problemas de salud mental que se observan comúnmente con los TUS, como la depresión, la ansiedad, los trastornos de la personalidad, los trastornos delirantes y el TEPT. Es difícil saber si una persona sufre problemas de salud mental debido a su consumo, si consume sustancias para tratar su problema de salud mental o si sufre ambos simultáneamente. Por eso es importante seguir evaluando a una persona a medida que avanza en el camino hacia la recuperación. Es importante seguir haciéndose estas preguntas durante un período de tiempo, lo cual es una de las razones por las que el tratamiento debe ser mucho más largo de lo que quisiéramos.

Cuando una persona deja de consumir sustancias como respuesta o solución percibida a sus problemas, se queda con un problema sin solución

inmediata. Los únicos problemas que se resuelven al dejar de consumir sustancias que alteran el estado de ánimo son aquellos que fueron causados directamente por el consumo. En resumen, si no bebo, no me emborracharé ni tendré un DUI (conducción bajo los efectos del alcohol) ni ningún otro problema asociado. Todos los demás problemas permanecen sin resolver durante un tiempo, lo que incluye todos los demás problemas de salud mental, ya sea que hayan surgido antes o después del primer uso de la sustancia.

Cuando una persona deja de consumir sustancias, normalmente se siente infeliz. A menudo han creado mucho caos y confusión en sus vidas, así como en las de quienes les rodean, y sería muy inusual que no se sintieran infelices. Nos interesa saber si se recupera con cierta estabilidad, junto con la capacidad de la persona para detener el comportamiento disfuncional y aprender nuevos mecanismos de afrontamiento. Al principio es muy doloroso despertar de un aturdimiento y darse cuenta de que han robado más de lo que pensaban, han perdido su trabajo o realmente han insultado a su tía/cónyuge/padre/hijo y, en general, han creado dolor en todos los sentidos.

¿Depresión o un Corazón Roto?

Para Pam, el dolor significaba consumir grandes cantidades de sustancias para evitar el dolor de la pérdida de sus dos hijos. La habían arrestado, había estado sin hogar y había mentido hasta el punto de que ya no se la creía. Pam había convencido a su familia y a otras personas de que se estaba muriendo de cáncer cuando en realidad solo estaba tratando de que la dejaran en paz para poder consumir sin que la cuestionaran. Había causado mucho dolor tanto por la preocupación que otros tenían por ella como por el dolor de las mentiras. Cuando Pam dejó de consumir sustancias, tuvo que enfrentarse y desarrollar formas de lidiar con todo ese dolor.

En el caso de Steve, sus problemas eran más bien ansiedad por el rendimiento y un duelo complicado. Tenía problemas externos menos

evidentes. Parecía ser más funcional en la sociedad, pero aun así había causado muchos problemas y dificultades que tendría que abordar.

Los problemas negativos que una persona ha construido mientras consumía son especialmente difíciles porque es muy deprimente pensar «yo creé todo este dolor a mi alrededor». Sus familias están justificadamente enfadadas, y puede ser útil para una persona sentir la infelicidad situacional de mirar el daño que han causado. Esto les ayuda a madurar emocionalmente, sin embargo, la parte más difícil es seguir evaluando y examinando la posibilidad de que también exista depresión clínica. Existe una alta correlación entre la adicción y la depresión, y todavía queda mucho por aprender en este ámbito. Un área de investigación que se está llevando a cabo es la idea de que, debido a que una persona adicta siente euforia cuando consume, vivir una vida libre de sustancias químicas se siente como una depresión.

La evaluación de otros problemas de salud mental asociados con el TUS ofrece implicaciones considerables para la intervención y la planificación del tratamiento. Algunas personas pueden necesitar tolerar un período de sentirse extremadamente mal, pero con apoyo durante ese proceso. Otras pueden requerir medicación a corto o largo plazo. Por eso el proceso de evaluación debe ser único, individualizado y prolongado.

¿La Ansiedad Causa el Problema?

La mayoría de las personas con cualquier tipo de trastorno por consumo de sustancias informan de ansiedad (o estar estresadas). Muchas también creen que la ansiedad es al menos en parte, si no la totalidad, la razón de los cambios de humor. Puede ser imposible saber qué ocurre primero. Lo más probable es que haya una respuesta diferente para cada persona. En cualquier caso, muchas personas que acaban buscando tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias están muy ansiosas.

Nuestras experiencias e investigaciones indican que las preguntas no son tanto de diagnóstico dual, sino que la mejor pregunta es cuánta depresión o cuánta ansiedad está sufriendo esta persona. Los trastornos por consumo de sustancias tienen muchas consecuencias y, por lo tanto, hay muchos problemas que quedan sin resolver cuando una persona deja de consumir. La pregunta se convierte en clínica o situacional, en lugar de si una persona tiene este problema. Si una persona está ansiosa, pero también tiene tres DUI pendientes, podría ser un problema situacional, que se resolverá con el tiempo. Del mismo modo, hay personas que han automedicado su ansiedad con el abuso de sustancias. Si una persona empieza a sudar, a tener palpitaciones y a moverse con frecuencia en su asiento, y esto no cambia ni siquiera con el tiempo, esto podría llevar a un profesional a empezar a evaluar un trastorno de ansiedad en lugar de simplemente estar nervioso. Con cada situación de diagnóstico surgiría lo mismo: ¿es situacional o es clínico, o ambas cosas?

Las preguntas de causa y efecto son profundas en el área de los trastornos de la personalidad, y los trastornos de la personalidad suelen ir acompañados de tres tipos de presentaciones: emociones intensas e inestables, comportamiento excéntrico y extraño, o miedo o nerviosismo extremos.

Es común que una persona tome una evaluación diagnóstica cuando llega a un programa de tratamiento y se le diagnostique un trastorno de personalidad, pero lo que realmente está sucediendo es el comportamiento impulsivo y criminal de la persona que viene con el abuso de sustancias. Dado que los efectos del consumo de drogas pueden imitar constantemente un trastorno de personalidad, es extremadamente importante dedicar el tiempo y el esfuerzo suficientes para evaluar correctamente antes de implementar un plan de cambio.

Sally

De niña, Sally era considerada una niña «buena»; era bondadosa y generosa. Luego empezó a consumir opioides. A medida que su TUS progresaba, se volvió más egocéntrica y mentía cuando la verdad habría sido más fácil. Empezó a robar en tiendas por diversión y parecía estar siempre enfrentando y dividiendo a los miembros de la familia entre sí. Al mismo tiempo, parecía muy dramática con sus emociones y podía pasar de estar triste y deprimida a una rabia frontal en sesenta segundos. Parecía saltar de una intensa historia de amor a otra en cuestión de días. Los miembros de la familia pensaban que estaba enamorada de la idea de enamorarse, pero no del compromiso. La gente la trataba con pinzas, temerosa de desencadenar en ella otra furia emocional. Durante el tratamiento, le diagnosticaron un trastorno límite de la personalidad. A medida que se estabilizaba en su recuperación, la mayoría de los «problemas límite» desaparecieron. Trabajaba, pagaba sus facturas y conoció a un hombre con el que se relacionó y con el que se comprometió. Sus cambios de humor se estabilizaron, lo que detuvo su comportamiento impulsivo. Su trastorno por consumo de sustancias imitaba un trastorno de la personalidad.

¿Los Buenos Viejos Tiempos del Tratamiento?

Cuando Pam y Steve empezaron a estar sobrios hace más de treinta años, era habitual esperar un año antes de diagnosticar cualquier trastorno concurrente para determinar qué simplemente se aplanaría con el tiempo y qué era un problema clínico real. Ese enfoque tenía valor si se tenía en cuenta que a una persona que podía permanecer abstinente se le daba tiempo para que desapareciera un trastorno inducido por sustancias. Las personas que participaban en el programa de recuperación de 12 pasos habían recibido diagnósticos significativos como esquizofrenia o trastorno delirante, mientras

que el verdadero problema era que las sustancias que consumían creaban una psicosis temporal. Tanto Pam como Steve experimentaron síntomas parecidos a problemas de salud mental mientras estaban bajo la influencia de sustancias similares a las anfetaminas.

Steve consumía cocaína y Pam metanfetamina. Ambos son estimulantes potentes que pueden tener efectos secundarios muy negativos, especialmente si se consumen durante mucho tiempo. Steve acabó en su habitación con una escopeta apuntando a la ventana después de oír a unos ladrones intentando entrar, aunque nunca hubo nadie allí. Pam convenció a varias personas para que huyeran y se escondieran en el bosque de la policía, que ella creía que los había rodeado con francotiradores. Finalmente convenció a sus amigos para que salieran con las manos en alto y se rindieran, pero no había nadie.

Después de cualquiera de estos incidentes, hubiera sido fácil diagnosticar a Pam y Steve con esquizofrenia, cuando en realidad era el químico que estaban usando. Por otro lado, aunque es mucho más raro, ambos hemos trabajado con clientes que se han vuelto cada vez más psicóticos a medida que se les retiraba el alcohol de su organismo. El alcohol tenía un efecto sedante y antipsicótico que prevenía las alucinaciones y los delirios. En ambos casos, el antiguo método de esperar un año empeoraba los problemas con el tiempo para algunas personas.

A veces, la Adicción Oculta Problemas de Salud Mental

Al principio de su carrera, Pam ayudó a facilitar el ingreso de una trabajadora de fábrica en tratamiento por alcoholismo. La trabajadora bebía casi una botella de ron al día, pero lo interesante es que seguía siendo funcional en el trabajo. Su derivación se debió a que tenía amigos que estaban

preocupados por ella y por lo mucho que bebía por la noche, lo que llevó a una intervención y se llamó a Pam para que ayudara a la trabajadora a recibir tratamiento. (En ese momento, el trabajo de Pam consistía en trabajar con trabajadores postales durante el proceso de tratamiento, desde que comenzaban el tratamiento, durante el tratamiento y durante el año posterior al tratamiento.)

Una vez que la trabajadora ingresó en tratamiento, le fue bien hasta que llamó para decirle a Pam que tenía que esconder un cuchillo de cocina porque había gente en el programa que estaba tratando de encontrarla. Pam la tranquilizó, llamó al personal del centro para asegurarse de que lo supieran y la situación se resolvió. La trabajadora volvió a guardar el cuchillo y todo parecía ir bien. Al ser dada de alta, ingresó en un centro de reinserción social para mujeres. Aproximadamente dos semanas después, la trabajadora social llamó a Pam y le dijo que tenía que decirle la verdad, que en realidad era la encarnación de un nuevo profeta. A la mañana siguiente, antes de que hubiera tiempo de intervenir, estaba desnuda, encima de una montaña de paquetes, recitando largas declaraciones filológicas, ya que creía que había sido enviada a una misión especial que solo ella tenía los poderes especiales para cumplir. Acabó teniendo que ser ingresada en una unidad psiquiátrica y comenzó un largo viaje no de comprensión del abuso de sustancias, sino de la esquizofrenia. Su gran consumo de alcohol estaba medicando y tratando su esquizofrenia.

Parecen Problemas De Salud Mental Cuando Es TUS

Hay momentos en que el TUS imita otros trastornos psiquiátricos y hay momentos en que otros trastornos psiquiátricos imitan el TUS, y luego hay momentos en que es ambos. Ha habido un largo y polémico debate sobre cuál de los dos es primero. Creemos que no hay una respuesta sencilla a este debate. Todo lo que se debate en la comunidad psiquiátrica es cierto a veces. Lo mismo

ocurre con la comunidad de adictos. **No es útil creer que hay una respuesta clara y sencilla para todos los casos.**

Trastorno de Estrés Postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se define como: Una reacción psicológica que se produce después de experimentar un acontecimiento traumático (combate, violencia física, accidentes, pérdida de un hijo, un desastre natural o cualquier otro acontecimiento que provoque una reacción normalmente intensa) y que suele ir seguida de depresión, ansiedad, escenas retrospectivas, pesadillas recurrentes y evitación de los recuerdos del acontecimiento, según el DSM-5.

A lo largo de los años, hemos trabajado con personas y hay un diagnóstico que destaca: el TEPT puede imitar a la adicción. Una persona beberá/consumirá en exceso, tendrá problemas interpersonales peores o que empeoran, y hay una clara escalada de los síntomas. Si no se observan los acontecimientos desencadenantes, sería fácil diagnosticar erróneamente el TEPT como adicción. Después de la guerra de Irak, a menudo vimos soldados que tenían un grave problema con la bebida. Lo interesante era que hasta su segundo o tercer tour de servicio bebían con normalidad y llevaban una vida bastante típica.

A veces el TEPT se producía por algo que veían o presenciaban y otras veces se debía a las pruebas normales de la guerra, pero algo cambiaba en ellos y los soldados regresaban a casa con el alma muy atribulada. Lo mismo ocurriría con los traumas sexuales y físicos que sufren los civiles. Los trastornos por trauma parecen imitar el abuso de sustancias más que otros diagnósticos de salud mental. Cuanto más trauma experimenta una persona, más multifactorial y difícil es tratarla. Para hacer esto aún más complejo está el hecho de que, a medida que una persona cae más y más en el uso adictivo, más trauma se causa a sí misma. La gente a menudo cree que no tiene derecho a

luchar contra el trauma autoinfligido, sin embargo, es tan difícil como el trauma de otras áreas de la vida.

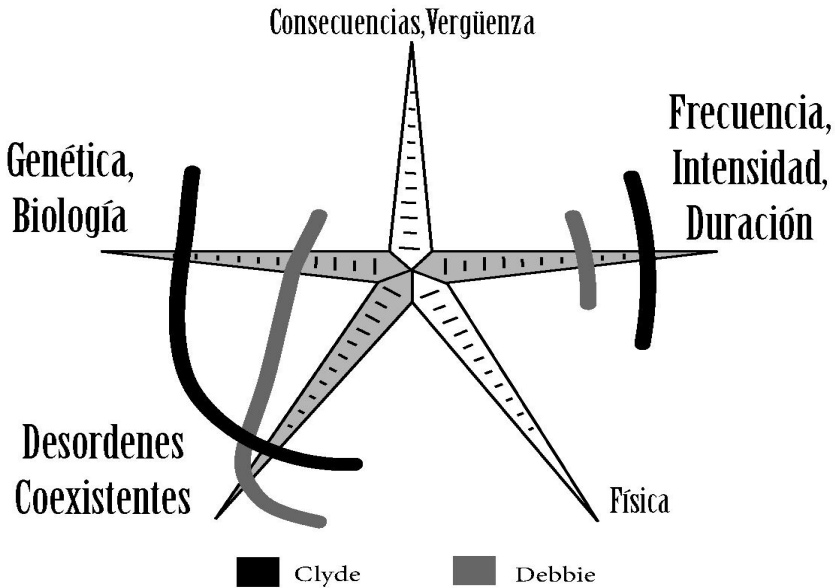
Clyde y Debbie y el TEP

Debido a su adicción, Clyde acaba teniendo accidentes de coche, metiéndose en peleas brutales y discusiones con la gente y perdiendo relaciones que significan mucho para él. Todo esto combinado empieza a crear una respuesta de TEPT en él. Aunque todos sus problemas son autoinfligidos, se traumatiza, y aunque Clyde causó gran parte de su trauma, aun así causó una respuesta traumática en él.

Debbie, por otro lado, comienza su adictivo viaje debido al trauma de la agresión sexual. Cuando ambos buscan ayuda, en cierto modo es más fácil para Debbie porque señala el incidente en el que fue una verdadera víctima y comienza a recuperarse. Es más difícil para Clyde, ya que él fue el instigador

del trauma por sus propias

CAMBIOS COEXISTENTES DE CLYDE Y DEBBIE PUNTOS STAR MATRIX AÑADIDOS



acciones. Pero el trauma de Clyde es tan real como el de Debbie. Él tiene la vergüenza (no la vergüenza tóxica de la autoculpa en este caso) de saber que son sus propias acciones las que causaron su trauma. A veces es más difícil para una persona asumir y superar un trauma que parece ser obra suya. (Aquí es donde entra en juego el brazo de consecuencias de la Star Matrix).

Por Qué es Importante Tener en Cuenta los Trastornos Coexistentes

La razón por la que es tan importante tener en cuenta los trastornos coexistentes es que, para que una persona pueda tener un plan de recuperación

exitoso, también deben abordarse todos los problemas. Puede ser poco aconsejable enviar a una mujer que ha sufrido un trauma sexual a una reunión de autoayuda en la que hay muchos hombres. Esto puede terminar re-traumatizándola, por lo que a veces las reuniones específicas para mujeres podrían ser más apropiadas. Una persona con depresión o ansiedad severa necesita medicación y trabajar con un psiquiatra y terapeuta, así como asistir a reuniones de autoayuda para recuperarse. Es importante que se trate a la persona en su totalidad, todos los problemas.

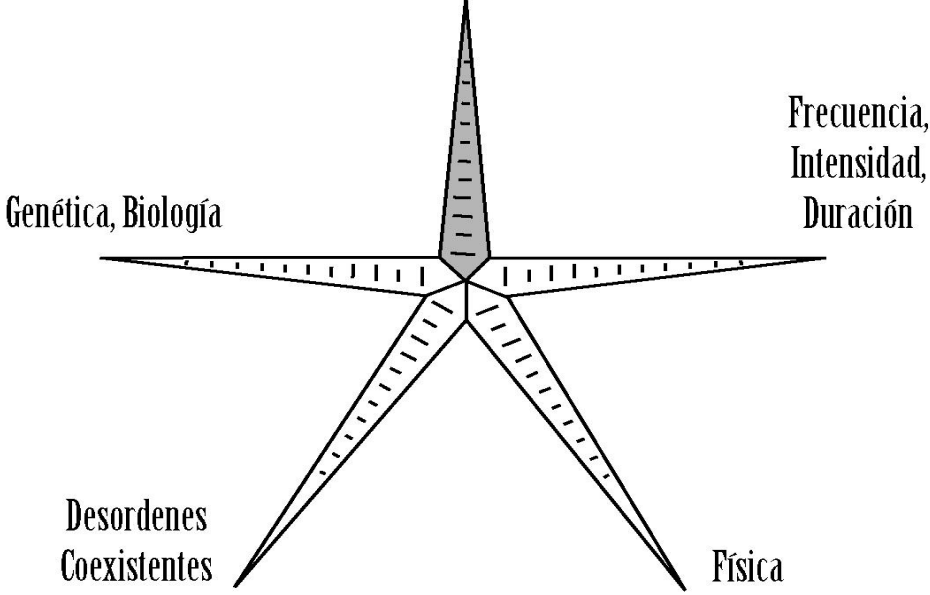
Consecuencias y Vergüenza

La vergüenza deriva su poder de ser indescriptible.

Brene' Brown

MATRÍZ de ESTRELLA

Consecuencias, Vergüenza



La vergüenza es una experiencia física, intelectual y emocional. La vergüenza tiende a sentirse en la cara (cara roja), donde la persona sentirá un rubor que baja por el pecho. El pecho tenderá entonces a tensarse, y la persona tendrá pensamientos de arrepentimiento y vergüenza por el acontecimiento. Una persona puede tener una vergüenza sana en forma de arrepentimiento por violar un código moral, mientras que la vergüenza tóxica se refiere a que la persona crea que algo anda mal en ella. Emocionalmente, la vergüenza tiende a ser una mezcla de miedo y tristeza, y cuando la vergüenza se vuelve tóxica o malsana, la persona notará ira. La vergüenza sana puede ayudar a motivar el cambio, mientras que la vergüenza tóxica y malsana tiende a mantener a la persona atrapada en su ciclo.

Consecuencias y Vergüenza

Las consecuencias no nos afectan a todos al mismo nivel o con la misma intensidad. Cuando pensamos en las consecuencias, a menudo queremos que cada acontecimiento adverso de la vida nos afecte a todos con la misma intensidad y de la misma manera, pero no es así. Hay personas que pueden causar un gran daño y no les molesta. Hay otras personas que dicen una «mentira piadosa» y, sin embargo, no pueden dormir por la noche y sienten una gran vergüenza.

Dos personas sufren accidentes de tráfico similares. Uno puede no tener ningún efecto apreciable y el otro no puede viajar en automóvil durante el año siguiente. Un traumatismo similar, externo o interno, no produce necesariamente el mismo efecto. De esta manera, al examinar las consecuencias, debemos evaluar el nivel de estrés y vergüenza que un acontecimiento adverso causa a una persona. Suele ser más importante el nivel de vergüenza que una persona siente por una acción que lo que la persona ha hecho.

Ayuda, No Daño

La vergüenza tóxica suele hacer más daño que bien. La vergüenza me dice que no solo he cometido un error, sino que soy un error. Este es uno de los muchos problemas de la vergüenza. No solo sentimos la vergüenza actual, sino la vergüenza que está almacenada en nuestro cuerpo por errores anteriores y mensajes antiguos. La vergüenza refuerza los mensajes antiguos que tenemos tanto en la historia que hay detrás de la creencia sobre nuestra situación actual como en nuestra historia «retroactiva». La vergüenza va de la mano con el consumo de sustancias.

La Experiencia de Vergüenza de Pam

Pam ha estado embarazada dos veces. Su hijo nació cuando ella tenía dieciocho años. Su padre tenía cuarenta años y era un veterano de Vietnam con trastorno de estrés postraumático. No quería tener otro hijo, ya que tenía un hijo de su primer matrimonio. No estaban casados. Él tenía propensión a la violencia, pero ella pensó que su amor lo sanaría. Cuando ella tenía seis meses de embarazo, él la empujaba mientras gritaba: «Voy a matar a ese pequeño bastardo». Ella sabía que algo se sentía diferente esa noche. A la mañana siguiente, él se fue enfadado. Ella no se sentía bien.

Cuando el padre del niño nonato llegó a casa esa tarde, Pam estaba sufriendo fuertes dolores de parto. Se apresuraron a ir al hospital, pero ya era demasiado tarde. Su hijo acabó ahogándose en su sangre en el canal del parto. Pam estaba devastada. El padre de su hijo fue arrestado por feticidio la semana siguiente. Él le dijo que si lo ayudaba y decía que nunca la había tocado, podrían estar juntos para siempre y ser felices. Así que, el día de su comparecencia, eso fue exactamente lo que hizo. Fue al tribunal y dijo que se había inventado lo que había pasado cuando murió su hijo, y el caso fue desestimado. Él se rió de ella en

las escaleras del juzgado por pensar que estarían juntos, y ella nunca volvió a verlo.

La vergüenza y la culpa que Pam sentía eran enormes. No tenía compasión por sí misma. Se veía a sí misma como defectuosa sin esperanza. Quería morir. Consumía drogas y alcohol constantemente. Pam solía manejar la vergüenza que sentía por proteger a la persona que tomó la vida de su hijo. Hasta su siguiente embarazo.

Esta vez, Pam estaba decidida a tener un bebé sano. No iba a dejar que este muriera. Se alimentaba de forma saludable, dejó de fumar y dejó de beber; cuidaba muy bien de su cuerpo. Pam estaba desesperada por que su segundo hijo viviera. Una vez más, entró en trabajo de parto a los seis meses y medio de embarazo, le hicieron una cesárea y el bebé nació vivo. Pam estaba muy feliz, pero temía que su hija muriera. Era muy pequeña.

Mientras Pam yacía en su cama de hospital, ella (que no era para nada una persona religiosa) rezó a Dios para que diera cualquier cosa con tal de que su hija viviera. Al instante sintió miedo. Su mente le decía que Dios no la amaba, así que Pam rezó otra oración para entregarle su alma al diablo si su hija vivía.

Su mente la había atrapado. No había forma de salir de esta situación sin dolor emocional. Su pensamiento era que Dios iba a matar a su hija, ya que había cometido un pecado tan horrible. A los pocos minutos, recibió una llamada diciendo que su hija no iba a sobrevivir. Pam fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos a tiempo para que su hija girara la cabeza y la mirara, y luego la bebé exhaló su último aliento. Pam se sentía abrumada por la vergüenza y la culpa. Creía que había matado a su hija con sus pensamientos desesperados. No podía perdonarse a sí misma. Era un secreto, y empezó a beber a diario para ocultar la vergüenza, el dolor y la culpa. Esto es vergüenza tóxica.

Todos los días, Pam se torturaba con su secreto culpable. A medida que los días se convertían en semanas y meses, su mente empezó a susurrarle que

había asesinado a su hija. Era incapaz de mirarse en el espejo y no había un día sin consumir alcohol o drogas debido a su odio hacia sí misma. El consumo empeoró las cosas. Su consumo de drogas y alcohol aumentó hasta que se quedó sin hogar. Era incapaz de trabajar. Tomaba sustancias a diario para sobrellevar un día con vergüenza y culpa. Permaneció en esta trampa hasta que encontró la recuperación.

Era un factor que complicaba su adicción y que tenía que ser abordado para mantenerse sobria. Al creer que podía controlar el destino de su hija, su hijo o el suyo propio, se obligó a vivir en un infierno personal. Esto, a su vez, afectó a su adicción y al consumo de sustancias químicas. (Aunque la muerte de sus hijos no estaba directamente relacionada con su abuso de sustancias, la vergüenza y el dolor que sintió después de que ambos murieran estaban relacionados con el consumo. Bebía y consumía más para ahogar la pena, la vergüenza y la culpa). Así es como las consecuencias y la vergüenza alimentaron su consumo de sustancias, pero también fueron factores que complicaron su recuperación.

La Vergüenza Crece en la Oscuridad

Por las razones que se mencionan en la experiencia de Pam, es importante analizar la vergüenza. La vergüenza crece en la oscuridad de nuestros secretos y la razón por la que permanecemos en ella es porque creemos que tenemos defectos. Cuanto más defectuosos nos sentimos, más vergüenza sentimos. Se convierte en un círculo vicioso del que debemos salir para tener una recuperación estable. Por eso la comunidad acaba siendo crucial para la recuperación, necesitamos a los demás para romper nuestros ciclos. La primera creencia falsa fija del trastorno por consumo de sustancias es que hay algo malo en mí que solo el consumo puede arreglar.

Sigue Evaluando

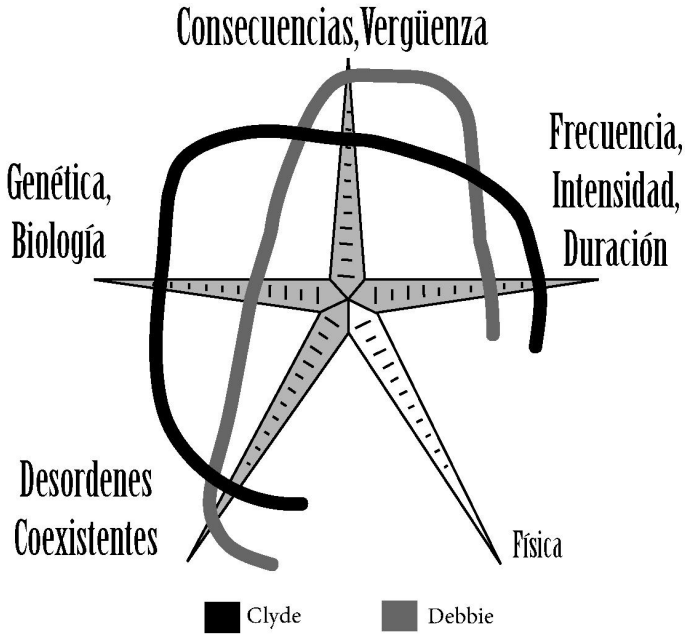
Puede haber muchas razones por las que las personas se ven afectadas de manera diferente por la vergüenza y sus consecuencias. Es importante seguir evaluando cuáles son las razones y luego tratar en consecuencia.

Las Consecuencias de Debbie y Clyde

Volvamos a Debbie y Clyde. Clyde desarrolló algunos síntomas de TEPT por los accidentes y la pérdida de relaciones que experimentó, pero no le importó saber que robó la preciada colección de monedas de sus padres. Se gastó el dinero en drogas, aunque la colección tenía un valor de decenas de miles de dólares. Este no fue un evento adverso de la vida para él antes o después del tratamiento, pero era una historia de la que hablaban sus padres y que le resultaba un poco vergonzosa, y no tenía otra conexión.

Por otro lado, Debbie sentía una profunda vergüenza por retrasarse en el pago de un coche. Creía que debía ser castigada severamente y que merecía que su crédito fuera destruido, aunque pagó el importe y la tasa en un plazo de quince días. Para Debbie, este acontecimiento adverso fue más grave que el robo de la colección de monedas para Clyde.

LAS CONSECUENCIAS DE CLYDE Y DEBBIE
PUNTOS STAR MATRIX AÑADIDOS



Codependencia o Trauma

Creemos que gran parte de lo que hoy llamamos codependencia es en realidad el trauma de vivir con una adicción activa (pero eso es para otro libro). Esperamos que una persona sea capaz de utilizar el dolor que causó y la vergüenza que siente al respecto para motivarse a recuperarse. Siempre hemos estado en desacuerdo con la idea de que si acudes a un tratamiento por otra persona, nunca funcionará. A veces, la motivación de lograr la sobriedad por alguien a quien amas sí funciona. La vergüenza por el sufrimiento causado a otros puede ser una excelente motivación para buscar ayuda.

El Dolor y las Consecuencias

El dolor y las consecuencias también provienen de fuentes externas, incluso antes del primer uso. Crecer en una familia disfuncional tiene enormes consecuencias para las personas. Janet Woititz desarrolló trece consecuencias o signos de crecer en un hogar alcohólico. Sin embargo, hemos encontrado estos signos o consecuencias de crecer en cualquier tipo de espacio disfuncional.

Según la investigación de Janet Woititz, las personas que crecen en situaciones disfuncionales . . .

1. Solo puedes adivinar cuál es el comportamiento normal
2. Tienes dificultades para seguir un proyecto de principio a fin.
3. Mentir cuando sería igual de fácil decir la verdad.
4. Se juzgan a sí mismos sin piedad.
5. Se les dificulta divertirse
6. Se toman a sí mismos muy en serio.
7. Tienes dificultades con las relaciones íntimas.
8. Reaccionar de forma exagerada a cambios sobre los que no tienen control
9. Busca constantemente aprobación y afirmación.
10. Suelen sentir que son diferentes de otras personas.
11. Son súper responsables o súper irresponsables, no hay punto medio.

12. Son extremadamente leales, incluso ante la evidencia de que la lealtad es innecesaria.
13. Son impulsivos. Tienden a encerrarse en un curso de acción sin considerar seriamente comportamientos alternativos o posibles consecuencias. Esto conduce impulsivamente a la confusión, el autodesprecio y la pérdida de control sobre su entorno. Además, gastan una cantidad excesiva de energía limpiando el desorden.

Experiencias Adversas en la Infancia y Más

Un cuestionario desarrollado por los CDC examina las experiencias adversas en la infancia que se incluirían en la parte de consecuencias de la Star Matrix. El cuestionario se encuentra en el Apéndice A e incluye preguntas sobre acontecimientos que ocurrieron durante la infancia, específicamente los primeros 18 años de vida.

Del CDC

Las experiencias adversas en la infancia (ACE, por sus siglas en inglés) son sucesos potencialmente traumáticos que ocurren en la infancia. Las ACE pueden incluir violencia, abuso y crecer en una familia con problemas de salud mental o de uso de sustancias. El estrés tóxico de las ACE puede cambiar el desarrollo del cerebro y afectar a la forma en que el cuerpo responde al estrés. Las experiencias adversas en la infancia, o ACE, son sucesos potencialmente traumáticos que ocurren en la infancia (0-17 años).

Las ACE están relacionadas con problemas de salud crónicos, enfermedades mentales y abuso de sustancias en la edad adulta. Las ACE también pueden afectar negativamente a la educación y a las oportunidades laborales.

¿Qué Tan Grande es el Problema?

Las ACE son comunes. Alrededor del 61 % de los adultos encuestados en 25 estados informaron que habían experimentado al menos un tipo de ACE, y casi el 17 % informó que habían experimentado cuatro o más tipos de ACE.

¿Cuáles son las Consecuencias?

Las ACE pueden tener efectos negativos duraderos en la salud, el bienestar y las oportunidades. Estas experiencias pueden aumentar los riesgos de lesiones, infecciones de transmisión sexual, problemas de salud maternoinfantiles, embarazo adolescente, participación en el tráfico sexual, junto con una amplia gama de enfermedades crónicas y causas principales de muerte como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardíacas y el suicidio.

El estrés tóxico de las experiencias adversas en la infancia puede alterar el desarrollo del cerebro y afectar a aspectos como la atención, la toma de decisiones, el aprendizaje y la respuesta al estrés.

Los niños que crecen con estrés tóxico pueden tener dificultades para formar relaciones sanas y estables. También pueden tener historiales laborales inestables en la edad adulta y tener problemas económicos, laborales y depresivos a lo largo de su vida. Estos efectos pueden transmitirse a sus propios hijos. Algunos niños pueden verse expuestos a un mayor estrés tóxico debido a traumas históricos y actuales provocados por el racismo sistémico o a los efectos de la pobreza resultantes de las limitadas oportunidades educativas y económicas.*

Existe más Que las ACES

Al trabajar con la clientela y examinar nuestras propias experiencias personales, creemos que la lista debería ser aún más larga y, a veces, las

consecuencias más graves que las puntuaciones de ACE. Por ejemplo, a la madre de Steve le diagnosticaron cáncer de mama cuando él tenía diez años. Durante los diez años siguientes, sus vidas fueron una montaña rusa de esperanza, dolor y pavor, ya que el cáncer de su madre remitía y volvía hasta su muerte, cuando él tenía veinte años. Aunque nadie tuvo la culpa ni fue culpado, este acontecimiento vital le causó un daño irreparable

*

https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Facestudy%2Ffastfact.html

Sufrió las consecuencias del cáncer a partir de los diez años. El dolor y las consecuencias de perder a alguien que estaba ahí para él, cariñosa y llena de vida, le afectan hasta el día de hoy.

También hemos visto que el bullying infantil parece tener consecuencias para toda la vida que comienzan antes del primer uso. Como se muestra en ACEs de los CDC, es común que los profesionales examinen el daño causado en la situación familiar, pero también debemos evaluar las consecuencias del daño causado por los compañeros. Hemos descubierto que algunos de estos daños son mucho más impactantes que cualquier daño infligido por la familia. Las personas siguen acomplejándose por su apariencia, por su forma de correr, creen que son menos inteligentes, que son más una molestia que los demás, con todo tipo de heridas por el bullying. Cualquier cosa que haga que una persona se sienta avergonzada y menos que los demás, o que le haga sentir culpa y remordimiento, es una consecuencia.

CAPÍTULO 10

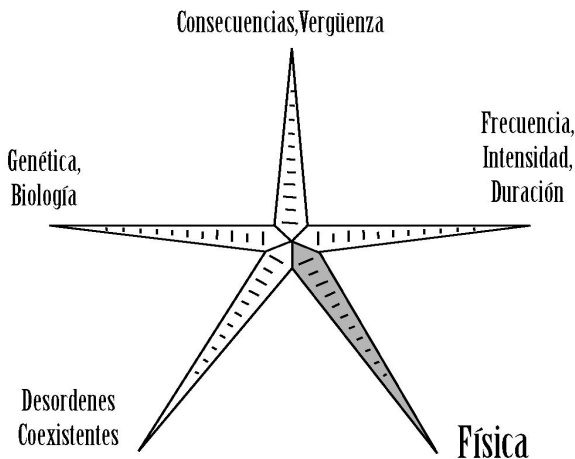
Problemas Físicos:

Enfermedad, Accidentes, Envejecimiento y Síndrome de Abstinencia Postaguda

La herida es por donde la luz entra en ti.

Rumi

MATRÍZ de ESTRELLA



El último brazo de Star Matrix son los problemas físicos. Al igual que los problemas de salud mental, los problemas físicos podrían estar enmascarados por el TUS, ser causados por el TUS o ambos. Recuerda que el

uso de la sustancia es a menudo una solución a un problema. Esto es cierto sobre todo en el ámbito del dolor físico y otras molestias, ya sean reales o percibidas, que incluyen dolencias físicas, accidentes y envejecimiento, así como la gravedad del síndrome de abstinencia postaguda de una persona.

Es lógico que a una persona con dolor crónico le resulte más difícil la abstinencia que a una persona que no tiene dolor. Una persona con dolor crónico a veces puede usar medicamentos para controlar el dolor. Debido a que tiene que usar medicamentos que alteran el estado de ánimo, es común que una persona termine abusando de este medicamento. Este es un dilema común que generalmente requiere el manejo simultáneo de dos condiciones.

Síndrome de Abstinencia Post Agudo - Problemas Físicos Más Comunes

Terrance Gorski identificó lo que él llamó síndrome de abstinencia post aguda: el síndrome de abstinencia post aguda (también conocido como PAWS, por sus siglas en inglés) es un conjunto de síntomas que se presentan en adictos y alcohólicos en recuperación. Los síntomas del PAWS suelen comenzar a aparecer entre siete y catorce días después del período agudo de abstinencia, y suelen alcanzar su punto máximo entre tres y seis meses después del inicio de la abstinencia. Los síntomas más comunes de abstinencia post aguda son: • cambios de humor • ansiedad • irritabilidad • cansancio • energía variable • bajo entusiasmo • cambios de concentración • trastornos del sueño.

Estos síntomas pueden variar en duración y grado de gravedad en cada persona y, a veces, pueden ser un obstáculo para la recuperación. Con los años, hemos aprendido que el síndrome de abstinencia post aguda (PAW, por sus siglas en inglés) debe ser monitoreado de manera continua. Una persona estará activa y comprometida en su recuperación, pero de repente recibirá críticas y empezará a creer que es por su implicación (o falta de ella) en su proceso de

recuperación. Esta falsa creencia se apoderará de ellos y perderán la esperanza de mejorar. Creerán que lo han intentado con todas sus fuerzas, pero que no ha sido suficiente. La normalización de lo que les ha sucedido es una parte importante de la recuperación.

Dolor Crónico y Recuperación

Después de haber estado en el mundo de la recuperación durante mucho tiempo, hemos visto a muchas personas que, debido a una cirugía o a un accidente, necesitan analgésicos sin los cuales no podrían vivir, lo que conduce a una recaída grave. En el tratamiento del TUS, a menudo no se les ayuda adecuadamente con las barandillas que necesitan, y es un equilibrio delicado ayudarles a controlar su dolor y la parte genética de su adicción al mismo tiempo. No es que el cuerpo de una persona distinga una «buena razón» de una «mala razón» si hay un componente genético en el trastorno por abuso de sustancias.

Si una persona tiene dolor crónico y necesita medicamentos para controlar esa parte de su problema, la idea de que esta persona pueda abusar de sus medicamentos ocasionalmente podría ser el resultado y la gestión exitosa de su vida para ellos. «El progreso, no la perfección, no equivale al permiso» es la cuerda floja que hay que caminar. Lo ideal sería que una persona pudiera volver a la abstinencia y construir un grado de seguridad para sí misma sin la vergüenza de haber fracasado de alguna manera.

Las afecciones médicas son una parte normal del uso activo, y el alcohol es la tercera causa principal de muerte en Estados Unidos según el Instituto Nacional de Salud.

Se estima que 95,000 personas (aproximadamente 68,000 hombres y 27,000 mujeres) mueren anualmente por causas relacionadas con el alcohol, lo que lo convierte en la tercera causa de muerte evitable en los Estados Unidos.

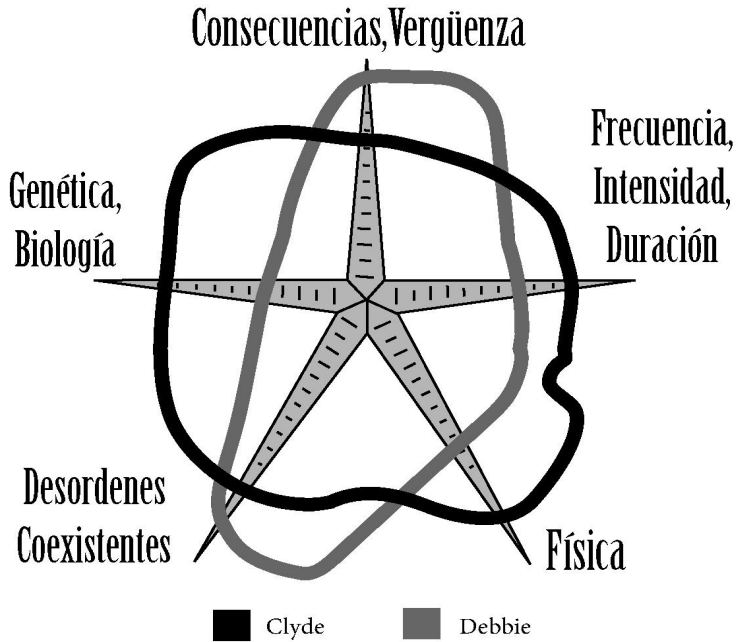
La primera es el tabaco, y la segunda es la mala alimentación y la inactividad física. (Instituto Nacional de Salud 2019)

Obviamente, no solo el alcohol puede causar estragos en el cuerpo. Cualquier uso crónico a largo plazo de una sustancia que altera el estado de ánimo está causando daños en el sistema neurológico, el cerebro, los órganos y el sistema vascular que también deben sanar y recuperarse. En la recuperación temprana, los problemas comunes que vemos incluyen ansiedad, insomnio, problemas estomacales, irritaciones de la piel y dificultad para concentrarse (solo por nombrar algunos).

Clyde y Debbie y Problemas Físicos

Veamos de nuevo a Clyde y cómo le afectan los síntomas físicos. Clyde estuvo involucrado en accidentes automovilísticos que le han causado dolor crónico. El hecho de que esté sobrio no le quita el dolor. Al principio de su recuperación tomó opioides pensando que sin ellos no podría estar sobrio, pero al tomarlos se activó la genética de la adicción y se convirtió en un «recaída crónica».

PROBLEMAS FÍSICOS DE CLYDE Y DEBBIE
PUNTOS STAR MATRIX AÑADIDOS



Natural Pathways of Recovery

Sin los opiáceos, estaba tan distraído por el dolor que no podía concentrarse en intentar recuperarse. Solo se le puede ayudar saliéndose de los patrones tradicionales de recuperación. Su recuperación implica caminar por la cuerda floja para acortar y minimizar los momentos de uso abusivo sin una abstinencia completa.

Sin embargo, el síntoma de Debbie es el insomnio y la ansiedad que esto le genera. Cuando duerme, tiene sueños inquietantes. Se despierta con la cabeza nublada y cansada, lo que a su vez afecta su capacidad para permanecer en abstinencia. La recuperación de Debbie en el área física se trata más de controlar los síntomas de PAWs.

CAPÍTULO 11

El Plan:

Posibles Implicaciones para la Intervención, los Tratamientos y la Recuperación

La esperanza comienza en la oscuridad, la esperanza obstinada de que si simplemente apareces e intentas hacer lo correcto, llegará el amanecer.

Esperas, observas y trabajas: no te rindes.

Anne Lamont



De Vuelta al MMRP[©]

Es imposible exagerar la importancia del acuerdo. Durante demasiado tiempo hemos utilizado un modelo basado en el cumplimiento que no se da cuenta de que la razón principal de la falta de cumplimiento de cualquier plan de tratamiento es que simplemente no estamos de acuerdo en lo que realmente está mal. Hasta que, y a menos que, esté de acuerdo contigo sobre mi problema, no estaré de acuerdo con ningún plan de tratamiento. ¿Por qué lo haría? ¿Por qué lo harías tú? Todos hacemos lo que creemos. En la medida en que crea que me entiendes a mí y a mi problema, creeré en lo que planeas hacer al respecto.

Esa es una de las razones por las que nuestros modelos y planes de recuperación en competencia son perjudiciales para todas las personas que necesitan desesperadamente encontrar una manera de mejorar.

Discutir No Funciona Como Plan

Si mañana vas a urgencias del hospital por cualquier motivo y cinco personas en batas blancas largas se juntan a tu alrededor para discutir qué te pasa y qué hacer al respecto, estás en problemas y no te sentirías seguro con el plan. Eso es lo que suele pasar en la adicción. Las opiniones varían. Si tienes un problema que implica el uso indebido o excesivo de sustancias que alteran el estado de ánimo, el plan para mejorar depende en gran medida de a quién te toque ver después.

Si eres alguien que ha recibido formación tradicional en TUS, es probable que te remitan a programas de 12 pasos y te animen con la idea de que todos los demás síntomas y problemas mejorarán con el tiempo a medida que trabajes en el programa. Si ves a alguien de la psiquiatría tradicional, tu consumo se considerará un síntoma de otro estado mental primario. La idea será curar tu depresión o ansiedad para que no tengas que automedicarte con alcohol u otras sustancias que alteran el estado de ánimo. Si ves a un ministro u otros consejeros religiosos, tu condición se verá como de naturaleza principalmente espiritual y esto se abordará para que el otro problema mejore. Cada uno de estos enfoques tiene validez y puede ser el más apropiado en algunos casos. Pero la forma en que te traten depende en gran medida de la suerte del sorteo. Hay que admitir que el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias no es el único lugar donde se produce este problema en la atención a la salud en la actualidad. Pero puede ser el más problemático. Recuerda que estamos trabajando con doblez de ánimo y opiniones variadas sobre la causa y el efecto.

El uso de sustancias ha sido la solución más atractiva para las personas con TUS hasta que aparecieron algunas consecuencias negativas. Por esta

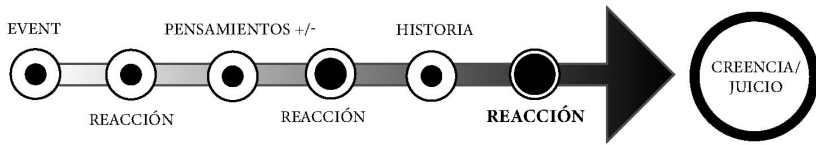
razón, necesitamos una solución que tenga consenso y certeza. Nos hemos dado cuenta de los límites de las etiquetas y hemos ampliado el modelo para abordar el problema. Esto implica que debe haber más de un enfoque para el problema.

De hecho, creemos que existe un camino natural de recuperación que es único para cada situación individual. Por esta razón, debemos ser capaces de facilitar ese proceso de recuperación en particular, y debemos ser capaces de facilitar todas las formas de recuperación con el mismo entusiasmo y experiencia.

Aunque cada plan debe ser altamente individualizado, hay algunos componentes que son consistentes y formarán parte de cada plan.

Nuestras Creencias son lo que nos Mantiene Atrapados en los Trastornos por Consumo de Sustancias

Una parte de poder abordar el trastorno por consumo de sustancias de una persona es examinar sus creencias. Nuestras creencias pueden ayudarnos o perjudicarnos. Todas las personas se atascan en sus creencias, pero las personas que luchan contra el trastorno por consumo de sustancias, luchan más que la mayoría. El problema con las creencias es que realmente las creemos. Pero, ¿cómo sucede esto? Sucede porque cuando se añaden emociones y pensamientos, y luego se refuerzan con más emociones y pensamientos, se crea una historia. Estas historias se convierten en creencias. Cuando se trata del consumo de sustancias, las creencias son de vital importancia. Estas creencias controlan cómo va a ir, o no ir, nuestra recuperación a diario.



Creencias Falsas Fijas

Cuando tenemos una creencia falsa fija, no sabemos que es fija ni que es falsa. Pensamos que es la verdad. Podemos saber que un evento sucedió de cierta manera, solo para ser abofeteados más tarde con la realidad de que no fue en absoluto como pensábamos. Y cuanto más angustiados estamos, más fijas se vuelven las creencias falsas.

La Creencia Falsa Fijada Más Profunda

La falsa creencia más arraigada es que algo va mal en mí y que solo las sustancias que alteran el estado de ánimo pueden arreglarlo. Cuando esto es verdad, es fácil desarrollar la creencia de que no soy como debería ser. Si durante la primera infancia se experimenta una corrección frecuente de comportamientos totalmente apropiados, esto puede traducirse en un rechazo de uno mismo. La creencia de que algo va mal en mí.

En la vida de Steve, siempre ha habido un énfasis muy fuerte en la religión y en hacer lo correcto. Debido a que internalizó un mensaje de que la fe religiosa suficiente desterraría todo miedo, eso significaba que algo debía estar mal en él. No importaba lo que hiciera o cuánto lo intentara, todavía sentía miedo y rabia, así como maldad y culpa. Hizo muchos esfuerzos para cambiar. Steve utilizó sus creencias religiosas, dedicando su vida a su religión y asistiendo a la iglesia con más frecuencia. Creía que eso le aliviaría su deseo de consumir drogas. Nunca le funcionó. Hasta el día de hoy, sigue sintiendo miedo, rabia y tristeza a menudo debido a su mensaje interiorizado. Estaba, y sigue estando a veces convencido de que esto significa que algo va mal en él o

que no está haciendo algo bien. Esto es cierto para él, aunque Steve ahora sabe que sus sentimientos son humanos y que estas emociones son normales. Aun así, la duda persistente se produjo, y esa es la naturaleza de una creencia falsa fija.

Cuando Steve descubrió sustancias que alteraban el estado de ánimo en forma de su droga preferida, encontró una manera de hacer desaparecer todas esas emociones negativas inapropiadas. Parecía que había descubierto la respuesta a su defecto. Algo le pasaba y ahora ya no estaba allí. Qué motivación tan poderosa. Y cada vez que a partir de entonces usaba una sustancia para corregir su problema percibido, reforzaba la creencia. «Algo está mal en mí, usar una droga lo arregla».

La forma en que se desarrolla una falsa creencia fija es así: Algo sucede (un accidente, una palabra cruel de alguien, nos enfermamos, nos caemos, cometemos un error, ellos cometen un error, hay un evento) y tenemos una reacción emocional. La reacción es de naturaleza tanto física como emocional. Nuestra mente no procesa objetivamente lo que sucede; en cambio, registra el evento como una amenaza o un placer. Después de nuestra respuesta, tenemos un pensamiento positivo o negativo: «Eso funcionó». «Eso no funcionó». «Eso dolió». «Eso ayudó». «Eso no ayudó». «Eso fue bueno». «Eso fue malo». Estos pensamientos crean una reacción más profunda, sentimientos más intensos, debido a la alimentación del pensamiento y la primera reacción. Luego inventamos una historia sobre el evento y reforzamos nuestras reacciones y pensamientos posteriores.

Las Creencias No Son Hechos

Muchas de nuestras creencias acaban no siendo ciertas. La mayor lucha que parece tener la gente es dejar de sentirse una víctima, para poder desengancharse honestamente de creencias falsas fijas. La definición de «desengancharse» es separarse o dejar ir un pensamiento, emoción o creencia fija. Es difícil dejarlo ir. Usamos nuestras creencias para protegernos a nosotros mismos y a nuestra adicción. Los trastornos por consumo de sustancias nos mantienen aislados con nuestras creencias para no tener que mirarnos muy de cerca. Parte del trabajo que hacemos es abordar estas creencias. Por lo general, se deshacen una por una.

Solo podemos crecer si estamos dispuestos a asumir la responsabilidad personal de nosotros mismos y de nuestras vidas. Cuando asumimos la responsabilidad, podemos crecer a pasos agigantados. Al hacernos cargo del dolor y prestar atención a cuándo nos estamos volviendo a lesionar con nuestras creencias, encontramos alivio a la necesidad de una solución, especialmente una solución química.

La Familia También Tiene Creencias Falsas Fijas

En nuestro trabajo con padres de adictos, los vemos viviendo ferozmente dentro de sus recurrentes y fijas creencias falsas. Al principio de la adicción de sus hijos adultos, creían que podían salvarlos. Sus hijos les decían: «Si haces esto una vez, entonces estaré mejor». Por Dios, por un día o dos parecería que sus esfuerzos funcionaban, ya fuera tiempo, dinero o algún otro rescate. Luego, después de un día o dos, los hijos volvían a consumir y el patrón se repetía. Para cuando vienen a verme, ya llevan años en este patrón. Cada rescate refuerza la creencia de que si lo hacen «bien», su hijo se salvará de una muerte segura.

Los padres siempre escuchan las historias de los hijos de otras personas que han muerto. Debido a estas historias, los padres sienten que realmente están librando una batalla a vida o muerte. Esto añade urgencia a un rescate que es difícil de ver. No son codependientes; son caballeros heroicos que van a la batalla todos los días. Todos los días terminan con el refuerzo de que han mantenido a este niño con vida gracias a sus esfuerzos. Y se despiertan y vuelven a luchar la batalla, como buenos y nobles caballeros, y salen a salvar a su amado hijo adulto del dragón de la adicción. Son ciegos ante la realidad de que todos sus esfuerzos no están funcionando. Una persona con TUS tiene que estar Listo, Capaz y Dispuesto.

Tenemos una política general de que el padre (o cónyuge) de un adicto debe hacer lo que sea necesario para dormir mejor por la noche, pero nunca con la idea de que lo que está haciendo va a cambiar el resultado del comportamiento de otra persona. Aquí es donde comienza la creencia recurrente. Comienza con la creencia de que si hago esto, cambiará lo que tú vas a hacer. Toma años aprender que solo hay una persona que somos capaces de cambiar, y esa somos nosotros mismos.

Las Creencias Eficaces Son una Parte Importante de la Recuperación

Una creencia verdadera o efectiva es una creencia que ayuda a una persona. Con el ejemplo anterior, es fácil ver que el amor no va a sanar a otra persona que no es capaz en ese momento de recibir amor. Con suerte, estos padres podrán ver que el amor les ayudó a ellos mismos a superar los momentos difíciles. Esta es una creencia efectiva. No puedo cambiar a otro, pero mi amor por los demás puede ayudarme a superar los momentos difíciles.

Otra forma de experimentar una creencia efectiva es creer que podemos lograr la recuperación, lo que nos ayuda a impulsarnos a hacerlo. No

podemos cambiar ni lograr ningún sueño, esperanza o deseo de recuperación sin la creencia de que podemos hacerlo. Es primordial que nos aferremos a estas creencias efectivas. Nos ayudan en nuestra vida cotidiana a realizar tareas difíciles. Y la recuperación es una tarea difícil.

Las Creencias Ineficaces Conducen al Uso

Las falsas creencias fijas de una persona son las que suelen llevarla a volver a consumir. Es de vital importancia examinar con diligencia las falsas creencias fijas específicas que siempre están presentes en una persona. Así como una creencia efectiva de «puedo manejar lo que sea que pase» es vital para la recuperación, una falsa creencia fija de cualquier tipo, como «no puedo manejar esto», es un precursor para volver a consumir. Gran parte del trabajo que hacemos consiste en ayudar a una persona a separarse de las voces internas para que pueda construir un antídoto contra sus falsas creencias fijas. En esto se dedica gran parte del tratamiento. No podemos trabajar en los pasos, en el trauma, en los problemas de salud mental o en todos los otros valiosos esfuerzos que se abordan en el tratamiento, sin trabajar en los muchos ángulos de las falsas creencias fijas que una persona seguirá teniendo dificultades para no consumir.

Las voces internas se distorsionarán y utilizarán los mismos métodos que se usan para la recuperación para convencer a una persona de que vuelva a consumir. A las personas se les dice que deben tocar fondo y hacerlo por sí mismas o el tratamiento no funcionará. Nosotros no creemos en eso. Una persona debe estar preparada, ser capaz y estar dispuesta, como comentamos al principio de este libro, pero también debe tener la capacidad de separarse de sus falsas creencias fijas. Esto se logra a través de un plan individualizado único que se diseña mientras están en la primera fase de su tratamiento y se revisa a lo largo del resto de sus vidas a medida que crecen y cambian.

Barandillas

Al principio, independientemente del camino que elija una persona para recuperarse, necesita barandillas. Las barandillas son protecciones que ponemos para evitar que consumamos. A Steve le dieron una «gasto de cinco dólares a la semana». Solo podía reemplazar el dinero del que tenía recibos. Esta barandilla le impedía tener dinero para comprar alcohol o drogas. Lo necesitaba al principio. Al principio de la recuperación hay una mayor necesidad de barandillas, ya que la persona no ha experimentado la confianza de que tiene la capacidad de no consumir. Es necesario construir una protección. A veces esto es duro para el ego de una persona y se necesita algo de humildad para lograrlo. Es difícil para una persona admitir que no debe ir a un bar o a una fiesta sola. Pero a veces necesitan la barandilla de una persona de confianza con ellos durante estas situaciones. Cuantas más barandillas haya, más formas se implementarán para evitar que una persona consuma al principio, más probabilidades habrá de éxito. Cuantas más ocasiones se cumplan con éxito, más segura se vuelve una persona al creer que puede tener éxito. Para que una persona encuentre la sobriedad a largo plazo, debe creer que es posible. Las barandillas le brindan la protección para tener el éxito que necesita. A medida que pasa el tiempo y se vuelve más estable en su recuperación, habrá menos necesidad de barandillas.

Posibles Barandillas

Como parte de la responsabilidad, estas son las posibilidades en las áreas de dinero, tiempo y esfuerzo:

- Deja que otra persona controle el dinero y los activos (no lleves dinero en efectivo).

- Ofrecerse como voluntario para someterse a un control de drogas aleatorio.
- Lleva a una persona de apoyo que entienda tus riesgos al beber/consumir.
- Evita estar solo. Permanece en compañía de otros, incluso cuando sea difícil.
- Lee literatura de apoyo.
- Medita de alguna forma a diario.
- Asiste a reuniones de autoayuda u otras reuniones de apoyo comunitario.
- Una pastilla de menta (sí, a veces chupar una pastilla de menta puede disminuir el deseo de consumir).
- Ríndele cuentas a una persona de confianza.
- Utiliza la oración u otras formas de conciencia.
- Incorpora afirmaciones y espiritualidad.
- Piénsalo bien: ¿qué se perdería con el uso continuado?

Distracción y Contención

Otra parte importante de todo plan es la distracción y la contención. Una persona no puede trabajar en sí misma todo el tiempo y necesita una forma de tener una distracción saludable. A veces, incluso una distracción que otras personas ven como poco saludable puede ayudar, especialmente al principio.

La televisión, la lectura e incluso ir de compras pueden funcionar durante un tiempo. Las distracciones más saludables pueden ser el senderismo, la meditación, los deportes organizados o la escalada. En cualquier caso, es importante que una persona sepa que cualquier distracción que le ayude a superar un impulso de consumo es una ventaja.

La contención es lo que Pam hizo para su propia recuperación. No se permitía salir si sentía ansiedad o una necesidad de consumo porque sabía que usaría la sustancia si lo hacía. Se contenía durante un ansia. Esto construyó resiliencia. Y con la resiliencia viene más confianza, y como discutimos anteriormente, cuanto más segura está una persona de que puede dar lo que sea necesario para mantenerse sobria, más probable es que se mantenga sobria.

Círculos — Una Forma de Mirar la Dirección de la Flecha

La recuperación nunca es una línea recta. En su lugar, debemos mirar en la dirección de la flecha. ¿Esta persona se está moviendo en una dirección que probablemente produzca resultados que conduzcan a la recuperación o está haciendo cosas y moviéndose en una dirección que probablemente le lleve a volver a consumir? Esto se mide de forma visual con los círculos de recuperación.

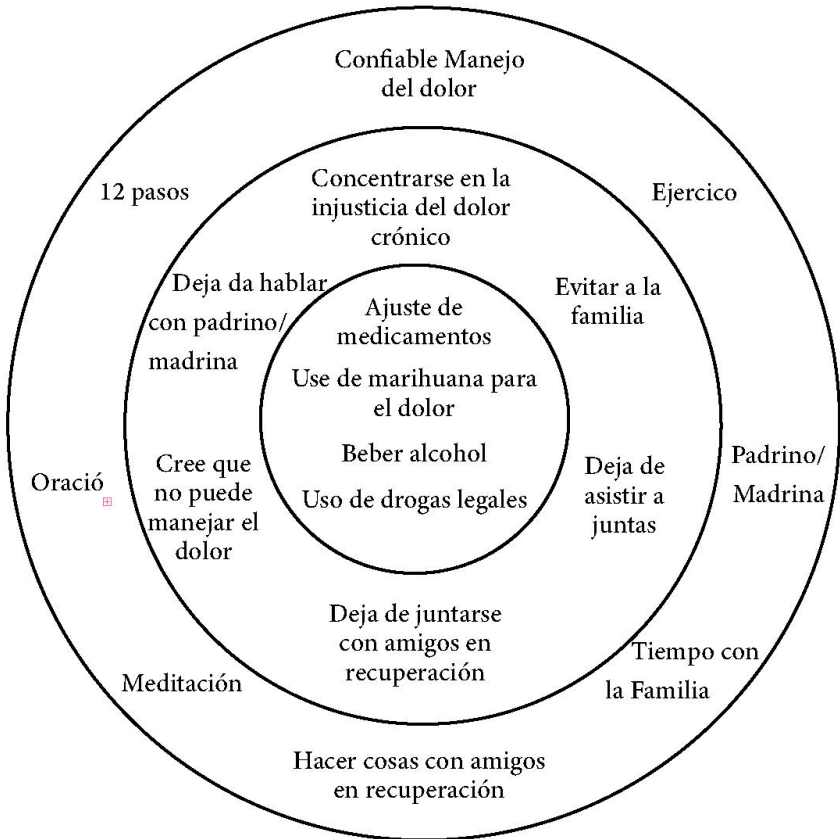
El plan de una persona se desarrolla en tres etapas: lo que estoy haciendo, cómo es mi vida cuando estoy haciendo lo que me funciona; cómo es mi vida y qué estoy haciendo cuando empiezo a creer cosas que no son ciertas; y cómo sería una recaída para mí. El modelo de los círculos fue adaptado del folleto de *Sex Addicts Anonymous* titulado *Three Circles*.

El plan de Clyde incluía elementos saludables como masajes, meditación, fisioterapia y la visita a un profesional de renombre en el

tratamiento del dolor que utiliza métodos distintos de los opiáceos (fisioterapia, acupuntura, trabajo de respiración, etc.), junto con la asistencia a reuniones de 12 pasos, la oración y la meditación, utilizando un padrino para ayudarle a trabajar los pasos y hacer ejercicio. Pasa tiempo tanto con amigos que están en recuperación como con su familia. Sabe que empieza a tener recaídas cuando empieza a evitar a sus amigos, a su familia y a su padrino, deja de ir a las reuniones y se pasa el tiempo lamentándose de lo injusto que es tener que vivir con dolor crónico.

Empieza a tener la falsa creencia de que no puede soportar el dolor que siente. Sabe que ha «recaído» cuando empieza a ajustar su medicación por su cuenta, a fumar marihuana (solo para el dolor) o a beber (solo para ayudar a aliviar el dolor y el malestar). Cuanto más consciente sea al centrarse en la función saludable, junto con el menor número de comportamientos de riesgo que realice, más probable será que pueda abordar sus falsas creencias fijas antes de volver al abuso de sustancias.

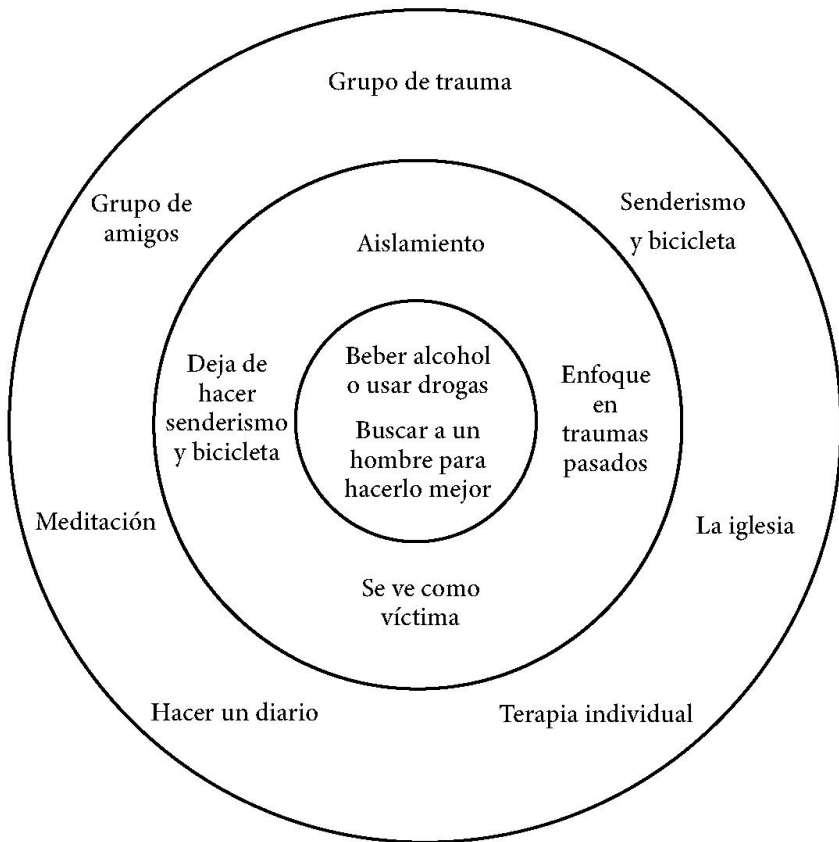
LOS CÍRCULOS DE RECUPERACIÓN DE CLYDE



Por otro lado, el plan de recuperación de Debbie implica ir tanto a un grupo de trauma como a terapia individual; practicar el cuidado personal diario, como la meditación y llevar un diario; y tomarse tiempo para divertirse con actividades como el senderismo y el ciclismo, que le gustan mucho. Su recuperación implica asistir a la iglesia y estar involucrada con un círculo cercano de amigos. Sabe que está retrocediendo cuando empieza a verse a sí misma solo como una víctima de su abuso y comienza a aislarse y a creer que nunca podrá superar el

trauma de su violación, que la ha «arruinado de por vida».

LOS CÍRCULOS DE RECUPERACIÓN DE DEBBIE



Sabe que su flecha va en la dirección equivocada cuando evita la iglesia y su círculo de amigos, o cuando deja de hacer actividades que disfruta. Debbie sabe que ha recaído cuando vuelve a beber o empieza a pensar que necesita un hombre y a creer que puede cambiarlo.

El plan debe ser individualizado específicamente para Clyde. Según la Matriz de Clyde, es evidente que, aunque necesita algunas adaptaciones para sus problemas de dolor crónico, encajará fácilmente en el plan de recuperación

tradicional de AA, padrino y oración y meditación. Como es un verdadero respondedor, se identificará con la gente de las «salas». No sufrió ningún trauma hasta su adicción y los accidentes, y AA ha sido eficaz para tratar este tipo de trauma, por lo que Clyde tiene muchas posibilidades de prosperar dentro de este programa.

Sin embargo, debido a la violación temprana de Debbie, los efectos probablemente no encajarían bien en el camino tradicional de recuperación. Ella necesita un programa que aborde su trauma de una manera segura y enriquecedora. Ella no tiene un vínculo genético con la adicción. Su problema de abuso de sustancias comenzó como una técnica de manejo del dolor, por lo que su recuperación debe abordar sus problemas de una manera más privada e íntima y, por lo tanto, tendrá mejores resultados en una terapia grupal e individual cerrada. Debbie necesita abordar su dolor original con la idea de que esto, a su vez, abordará la necesidad que tenía de automedicarse. Clyde y Debbie tienen la necesidad de abstinencia, pero por razones muy diferentes. Por eso, cada plan debe ser único e individualizado para la persona en función de su evaluación Star Matrix. Con el plan viene la responsabilidad y la reevaluación del plan.

Rendición de Cuentas/Ajustes

Tengo un plan de acción, pero el juego es un juego de ajustes.

Mike Krzyzewski



Es fácil ver que el plan ha fracasado cuando ocurre un desastre. Lo que necesitamos es una forma de ver y ajustar el plan basándonos en los primeros indicadores que surgen antes de que ocurra el desastre.

En recuperación existe un concepto llamado la línea invisible. Nadie la cruzaría si pudiera verla. El problema es que se cruza antes de ser vista. No hay forma de hacer que una línea invisible sea visible para mí, pero puedo usar toda la información disponible para saber cómo evitarla mejor.

Una posible forma es tener límites tan firmes que ni siquiera pueda acercarme a ninguna línea. Esto puede funcionar, pero también puede ser problemático en situaciones de la vida real. A menudo se recomienda que la gente cambie toda su vida y consiga nuevos amigos y lugares a los que ir («cambia de compañeros de juego y de patio de recreo»).

A veces esto es más aconsejable que realmente posible.

Clay

Clay era un farmacéutico de 48 años que se volvió adicto a los narcóticos que tomaba en su trabajo. Aunque es posible cambiar de carrera por completo, no es plausible, por lo tanto, Clay ha tenido que aprender a cuidarse más para seguir en su profesión. Ha construido una rendición de cuentas adicional en su plan para continuar la abstinencia de sustancias que alteran el estado de ánimo. Al principio, lo solicitó pidiéndole a su jefe que otra persona contara los narcóticos al final de su turno para asegurarse de que no faltara ninguno y para evitar que tomara un poco de medicación para sí mismo.

James

James está casado con Kathy, que sigue bebiendo alcohol socialmente. Nunca ha tenido ningún problema y prefiere seguir bebiendo de vez en cuando. Como parte de su plan, James y su esposa deben abordar cómo y cuándo ella beberá.

Comunidad

Una de las principales formas en que desarrollamos nuestra responsabilidad es a través de la comunidad. La comunidad podría ser la comunidad tradicional de AA, pero también podría ser mi grupo de la iglesia, un círculo de yoga, un grupo de terapia o un terapeuta, un mentor de confianza, miembros de la familia o cualquier otra persona o grupo en el que se pueda confiar para decir verdades difíciles cuando sea necesario.

El motivo por el que una comunidad es tan importante es que te pueden ver la nuca. En otras palabras, debido a las falsas creencias fijas y al papel que desempeñan al regresar al consumo de sustancias, necesitamos personas en

nuestras vidas que puedan ayudarnos a ver lo que no podemos ver por nuestra cuenta. Aunque Pam no encajaba bien en el paradigma de AA, lo que sí tenía era un amigo muy confiable al principio de su recuperación que se preocupaba lo suficiente como para decirle siempre la verdad sobre lo que veía en ella. Se apresuraba a señalar cuando ella decía o hacía algo que pudiera causarle daño, ya fuera por victimización, por tratar de arreglarse a través de las relaciones o por ir a lugares peligrosos. Su comunidad era pequeña, pero funcionaba. Steve, por otro lado, prosperó en la comunidad de AA y tenía tanto un padrino como un «grupo de origen» que se apresuraba a señalarle que estaba volviendo a caer en viejos comportamientos y creencias. El método de Pam no habría funcionado para Steve, ni el de Steve para Pam.

La Familia También es Comunidad

La familia puede acabar siendo una parte importante del proceso de recuperación. Al mismo tiempo, también puede formar parte de la comunidad que sabotea a una persona debido a sus propios miedos, traumas y creencias por haber sido afectada por un trastorno de abuso de sustancias con una persona; los efectos probablemente perdurarán durante el resto de sus vidas.

Por la misma razón por la que una familia puede sabotear la recuperación de una persona, también puede ayudar. Un miembro de la familia ha experimentado el trauma y el dolor del uso de sustancias disfuncional de una persona. Debido a esta experiencia y a los dolores de cabeza que ha provocado el uso, normalmente saben hasta el más mínimo detalle de cuándo un consumidor de sustancias está volviendo a caer en viejas creencias. Conocen los más pequeños signos reveladores. Animamos a los miembros de la familia a ayudar a una persona a escribir juntos sus signos de crecimiento y degeneración en momentos en los que la vida es tranquila.

Como la familia ve lo que una persona no puede ver (la nuca) también tiene información sobre los signos que hay que buscar mejor que nadie. El truco está en transmitir esta información sin pensar que hay que microgestionar. Es una línea muy fina, pero es una parte importante de la responsabilidad que puede ser de gran beneficio para el proceso de recuperación de una persona.

Nos lo hacemos personalmente el uno al otro. Pam le dice a Steve cuando ve que está cayendo en sus comportamientos de recaída y él hace lo mismo por ella, y les ha ayudado.

Rendición de Cuentas y Ajustes

La comunidad de autoayuda (terapeutas, amigos, mentores, personas mayores sabias, miembros de la iglesia, grupos de yoga y otros) también son partes importantes de la responsabilidad. La responsabilidad de la recaída de una persona es una carga demasiado grande como para dejarla solo en manos de la familia. Hay tanto miedo para las familias que cargar con toda la responsabilidad se vuelve destructivo. Los miembros de la familia tienden a volverse demasiado responsables de la sobriedad de su ser querido. Los miembros de la familia están tan unidos y quieren tanto a la persona que pueden empezar a ver la recuperación de esta como su deber. Debido a la naturaleza e intimidad de estas relaciones, la familia no debe ser el único responsable de la persona, y aunque la familia es importante, no debe ser la única fuente de responsabilidad. Por suerte, hay muchas opciones entre las que elegir; en nuestra opinión, es más importante que una persona mejore en lugar de cómo lo hace.

A medida que una persona avanza en su recuperación, lo que ve como un retorno al consumo adictivo cambia. Al principio, no consumir es el objetivo principal del plan de recuperación de una persona. A medida que una persona madura en su recuperación, lo que es disfuncional se vuelve más importante en sus vidas. Hoy en día, una de las recaídas de Pam es cuando se pierde en

pensamientos negativos junto con creencias que le quitan la tranquilidad a su vida y a sus seres queridos. Para Steve, una de sus recaídas es volver a tomar Tylenol. Afecta la forma en que se ve a sí mismo. Por lo tanto, reconocer cómo es una recaída ha crecido para ambos. Un plan está en constante cambio, por lo que la responsabilidad también debe estar en constante cambio. Lo que funciona para una persona el primer año no funcionará en el segundo. Del mismo modo, lo que funcionó en el segundo año no funcionará en el tercero, y así sucesivamente. Esto continuará durante el resto de nuestras vidas. Siempre estaremos evolucionando y cambiando. El plan cambia.

Como el plan está en constante evolución, podemos imaginar a una persona diciendo: «He estado en recuperación (de mis TUS) durante los últimos 21 años, y he estado completamente abstinente de todas las sustancias que alteran el estado de ánimo durante los últimos 14 años». Podemos entender por qué algunos podrían decir que se trata de una ampliación innecesaria de la definición de recuperación o incluso de un sencillo recurso semántico. Creemos que es un ajuste importante que permite a las personas pasar más rápidamente a la recuperación completa y mejorar. Esto se debe a que dejamos de fallarles tanto al principio de su proceso. Es más complejo y difícil trabajar en la zona gris, pero tiene la gran ventaja de reflejar la experiencia de la vida real de la mayoría de las personas.

Nuestro libro pretende ser solo una sugerencia. Somos conscientes de que sabemos muy poco. (Página 164, Libro Grande de Alcohólicos Anónimos)

Hemos tenido la gran suerte de trabajar con muchas personas que han mejorado. Nuestro lema recurrente se ha convertido en: «Nos importa mucho que te mejores. No nos importa mucho el cómo».

Con la última afirmación, todos nos liberamos de la carga de la certeza sobre cómo debería ser la recuperación o cómo se debería llegar a ella. Lo único a lo que nos oponemos rotundamente es al sufrimiento continuo que provocan los

trastornos por uso de sustancias. Para ello, seguiremos tu camino natural de recuperación. Que todos podamos encontrarlo ahora.

CAPÍTULO 13

Éxito en el Camino Natural

Si encuentras un camino sin obstáculos, probablemente no lleve a ninguna parte.

Frank A. Clark



Queríamos terminar este libro con ejemplos de personas que encontraron su éxito personal en el camino natural de la recuperación. Es una forma de ver cómo una persona puede tomar muchos caminos hacia su éxito y esperamos que puedas ver que lo que es éxito para una persona puede ser un error para otra. Apreciamos no solo a estas personas, sino a todos aquellos que nos han permitido el honor de ver su viaje personal en su camino de recuperación.

Barbara

Barbara vino a vernos como una mujer de 26 años que luchaba contra el consumo de alcohol. Estaba físicamente enferma por su consumo de alcohol. Tenía temblores y la presión arterial alta. Barbara provenía de una larga línea de alcohólicos, y su madre había muerto tres años antes de alcoholismo. No quería terminar en la misma situación, por lo que estaba dispuesta a comenzar un tratamiento.

Su primera tarea fue recuperarse físicamente, y para ello ingresó en una unidad de desintoxicación. A su regreso, pudo trabajar en sí misma en nuestro grupo. Volvió a beber a los treinta y tres días de su proceso de grupo y permaneció intoxicada durante cuatro días. A su regreso al grupo, estaba lista para el difícil trabajo de mantenerse sobria. Si no hubiera sido por los cuatro días que bebió, Barbara no habría estado lista para la sobriedad, ya que no estaba completamente segura de que nunca más pudiera beber. El uso temporal la ayudó a ver que tenía que hacer más que empujar para mantenerse sobria, también tenía que dar un jalón — quería vivir un tipo de vida diferente a la que experimentó al crecer.

Barbara encajaba bien en el programa de Alcohólicos Anónimos y prosperó tanto en la comunidad de mujeres que conoció en él como trabajando los 12 pasos. También empezó a ser madrina y a ayudar a otras mujeres. Después de dos años sobria, volvió a beber durante cuatro días y se topó con un muro de desesperación que tenía sus raíces en su infancia. Volvió rápidamente a las reuniones y empezó una terapia para lidiar con el dolor y la pérdida de crecer en un hogar alcohólico. Gracias a su sobriedad, pudo volver a la universidad y comenzar una carrera en finanzas, y allí conoció a su marido. Actualmente tiene dos hijos y lleva una vida exitosa. Sigue en el programa de 12 pasos.

Adam

Cuando Adam acudió por primera vez a tratamiento, estaba muy angustiado por la reciente muerte de su hermano. Habían sido muy unidos y compañeros de bebida desde hacía mucho tiempo. La mayor parte de sus vidas y actividades se habían basado en consumir grandes cantidades de alcohol. Para Adam eso parecía normal. Sin embargo, sabía que la muerte de su hermano había sido causada por la bebida y quería trabajar en su propio consumo excesivo. A pesar del perjudicial acontecimiento desencadenante, Adam no

estaba preparado para dejar de beber. De hecho, su primer objetivo era limitarse a 10 shots al día. Esto supondría una reducción. No quería ir a reuniones de 12 pasos debido a importantes objeciones religiosas, así que empezamos a trabajar para prepararlo para el cambio empezando exactamente por donde estaba.

Seguimos en contacto con él y trabajamos semanalmente en terapia para documentar los resultados del plan de Adam y ayudarlo a prepararse. Introdujimos conceptos y herramientas de recuperación SMART, y luego lo invitamos a asistir a una reunión. Se involucró y comenzó a trabajar en el problema mucho antes de lograr la abstinencia. Superó muchas dificultades y contratiempos mientras se mantuvo conectado al proceso. Hoy en día, es un facilitador voluntario capacitado para reuniones SMART* y ha mantenido una abstinencia completa durante más de 3 años.

* Self-Management And Recovery Training (SMART) es una comunidad global de grupos de apoyo mutuo. En las reuniones, los participantes se ayudan mutuamente a resolver problemas de cualquier adicción. Información de contacto pág. 147.

Lee

Lee vino a vernos por un problema de alcoholismo que solo él conocía. Se escondía en su «cueva de hombres» por la noche y bebía. Su esposa sabía que bebía demasiado, pero él bebía tres veces más de lo que ella sabía. Quería intentar mantenerse sobrio por su cuenta, sin reuniones ni acudir al grupo intensivo. Trabajó con Pam en algunos problemas sobre creencias falsas fijas. Creía que beber le daba confianza y le convertía en un mejor vendedor, y creía que la ira de su esposa se debía a que no estaba contenta con su propia vida, no a que pasara tanto tiempo en su «cueva de hombres» y lejos de la familia. Se comprometió a dejar de beber en su primera sesión, y trabajó en sus creencias falsas fijas en las sesiones. Se esforzó por ser más amable con su esposa y pasó tiempo fuera del sótano y con su familia. Su vida familiar mejoró enormemente y notó que sus comisiones aumentaban a medida que podía recordar lo que

había sucedido durante sus llamadas de ventas. Han pasado más de dos años desde que entró por nuestra puerta y no ha vuelto a beber alcohol desde entonces. Su plan implicaba cambios internos que le funcionaron.

Frank

Frank tenía un largo historial de ira y de comportamientos agresivos cuando estaba ebrio. Era joven y trabajaba en el sector de la restauración. Había sido criado por una madre soltera que más tarde se convirtió en consejera, por lo que Frank había estado expuesto a algunos conceptos relacionados con la salud mental y los problemas de recuperación. Su exposición inicial a las reuniones de los 12 pasos fue forzada por su madre y el sistema judicial. En el pasado, se le había obligado a recibir tratamiento y a asistir a reuniones en muchas ocasiones. Cuando lo vimos por primera vez, estaba seguro de que su problema era la falta de cumplimiento porque era terco y no estaba dispuesto. Después de un intenso trabajo en grupo, fue capaz de deconstruir algunas de sus creencias anteriores sobre sus problemas, las posibles soluciones y reevaluar un camino a seguir. A Frank le atraía la práctica de la mediación y, con un poco de ánimo, se involucró en Recovery Dharma, un camino budista para mejorar. Ahora tiene una exitosa carrera profesional y una vida familiar basada en la abstinencia y estos principios.

Leroy

Leroy había estado en Narcóticos Anónimos durante quince años. Empezó los programas de 12 pasos cuando tenía 17 años. Leroy bebía y consumía opioides desde que tenía 14 años, hasta que su familia intervino a los 17. Era activo, pero no le gustaba ir a las reuniones y no estaba seguro de ser un «verdadero adicto». Leroy trabajó en cuestiones relacionadas con un trauma temprano mientras estuvo con nosotros, hizo un profundo trabajo interpersonal y se sintió más claro sobre sí mismo y sobre quién era. En ese momento, decidió que quería tomar una copa de vino con la cena y se dio la opción de tomar hasta

tres copas de vino, no más de dos veces por semana. Decidió dejar Narcóticos Anónimos y centrarse en su fe. Se volvió muy activo en su iglesia y asumió un puesto de liderazgo. Ahora está casado y tiene dos hijos. Han pasado diez años y Leroy sigue limitando su vino a tres copas, no más de dos veces por semana. Sigue muy activo en el liderazgo de su iglesia y está casado y criando niños sanos y felices. Este es su camino de recuperación.

Caroline

Caroline, una mujer que ronda los cincuenta, había estado bebiendo mucho durante los últimos 15 años de su vida adulta. Su familia estaba muy preocupada por su salud y bienestar porque vivía sola y parecía tener pocos amigos. Caroline no quería dejar de beber y tenía aversión a cualquier tipo de organización religiosa. Trabajó en sus problemas familiares y de pareja durante muchos meses en terapia de grupo. Durante ese tiempo, redujo su consumo de alcohol a dos vasos de vino preparado al día. Durante los últimos cinco años, Caroline ha mantenido ese nivel de consumo, además de un nuevo trabajo y algunos nuevos intereses externos. Tanto ella como su familia consideran que su tratamiento y su resultado han sido un gran éxito. Según el último informe, estaba feliz y le iba bien.

William

William provenía de una familia con un historial muy significativo de alcoholismo y suicidio. Cuando empezó a tener problemas importantes con su propia bebida, William pensó que sabía cómo controlarla. Hizo muchos intentos por su cuenta, pero cada vez volvía a beber. Perdió su trabajo por beber y finalmente comenzó el proceso de comprender su problema. Con un trabajo en terapia de grupo intensiva, empezó a ver que su deseo de complacer a los demás

y encajar estaba socavando sus esfuerzos por mejorar. Se embarcó en un plan de un año para integrarse en Alcohólicos Anónimos y ha tenido éxito durante los últimos años.

Burt

Cuando Burt descubrió la heroína, creyó que por fin había encontrado la respuesta a todas sus inseguridades y miedos. Durante años intentó encontrar la manera de ser un consumidor de drogas exitoso y, a veces, parecía que le estaba funcionando. Se había casado y tenía un hijo mientras mantenía un negocio próspero. Pero con el tiempo, su consumo le alcanzó y finalmente perdió las cosas que eran importantes para él. Contaba con un gran apoyo familiar y recursos y acudió a varios centros de tratamiento y entornos de vida sobria diferentes. Burt pudo mantener la abstinencia y mejorar durante unos meses, pero luego volvió a consumir y a someterse a otra ronda de tratamiento. Cuando llegó a nuestro programa, nos centramos en todos los éxitos que estaba teniendo, en lugar de centrarnos en los fracasos. Durante los últimos años, a pesar de varios fracasos espectaculares y aterradores, Burt ha tenido muchos más días de éxito que de fracaso. Trabajando con esta idea y plan en mente, ha ido mejorando continuamente y ha recuperado a su familia y una nueva y exitosa vida laboral.

Rebecca

Rebecca acudió a nosotros por dependencia de opiáceos. Había empezado a consumir cuando era adolescente y venía de un hogar en el que había sufrido mucho abuso emocional, físico y sexual. Cuando tenía 16 años, provocó un accidente de tráfico en el que murió el otro conductor. En el proceso grupal intensivo, trabajó mucho tanto la culpa como la vergüenza. Sentía culpa por sus acciones que le costaron la vida a otra persona y vergüenza por el abuso que sufrió durante su infancia. Varias veces durante su trabajo con nosotros, Rebecca se autodestruía y volvía a consumir durante unos días, pero volvía al grupo y

continuaba el duro trabajo. Su plan de recuperación incluía yoga y terapia individual. El yoga le ayudó a calmar su ansiedad y la terapia individual abordó cuestiones como la culpa y la vergüenza que sentía. Lleva cuatro años sin consumir.

La importancia de compartir las historias de estas personas trabajadoras y valientes radica en que su recuperación no fue un camino recto y sin problemas. Lo que ofrecimos fue el respeto para honrar su camino. Nuestra esperanza es que, con más conocimiento, todos podamos hacer lo mismo. Lo que ofrecimos fue el respeto para honrar su camino. Los caminos de la recuperación rara vez son una línea perfecta. La recuperación de cada persona fue multifacética y diferente de las demás. Lo que ofrecimos fue el respeto para honrar su camino.

Epílogo

Podemos pasar los días lamentándonos por nuestras pérdidas o podemos crecer a partir de ellas. En última instancia, la elección es nuestra. Podemos ser víctimas de las circunstancias o dominar nuestro propio destino, pero no nos equivoquemos, no podemos ser ambas cosas.

Christopher Browne



Yo (Pam) dejé de asistir a grupos de autoayuda tipo Alcohólicos Anónimos cuando llevaba alrededor de cinco años sobria. Trabajé con un mentor que me ayudó a alejarme de ellos, ya que habían empezado a ser destructivos para mí. Me sentía sin vida y apática cuando asistía. No detuve mi proceso de recuperación. Al principio fui a clubes de lectura de mujeres y me involucré en la iglesia. En un momento dado me involucré mucho en la Catequesis del Buen Pastor, que era una escuela dominical Montessori para niños pequeños y de primaria. Implicaba trabajos artísticos y mucha creatividad que aportaban mucho sentido a mi vida. Dejé eso cuando mi hija creció y la iglesia perdió parte de su significado para mí. Fui a Recovery Dharma durante un tiempo y me resultó muy útil para aprender a mantenerme centrada. Estudié el Eneagrama y asistí a múltiples talleres y grupos para ayudar en mi proceso de recuperación continua. Me involucré mucho en el trabajo personal,

aprendiendo y estudiando con otras personas en salud mental sobre creencias falsas fijas a través de los principios Junguianos.

He seguido participando en mi propia terapia personal. El arte y escribir un diario han seguido siendo, a lo largo de mi recuperación, partes muy importantes de lo que me funciona, pero incluso esos aspectos han cambiado. No he consumido ninguna sustancia que altere el estado de ánimo en más de treinta y cuatro años, pero incluso hoy sé que debo escuchar las falsas creencias fijas y prestar atención a lo que ocurre bajo la superficie de mi ser. La recuperación no terminó, pero se transformó en algo diferente, y espero que siga evolucionando. El plan cambia.

Yo (Steve) he asistido a programas de 12 pasos de forma intermitente a lo largo de los años y, lo que es más importante, los he considerado una parte importante de mi proceso de recuperación. Con el tiempo descubrí el trabajo corporal y de respiración, y realicé muchos cursos y trabajos sobre relaciones. Estos me resultaron muy útiles. Más recientemente, he estado muy involucrado en el trabajo con hombres (específicamente Illuman*) y se ha convertido en una parte muy importante de mi crecimiento y desarrollo. A lo largo de estos, ahora más de tres décadas, he recibido una terapia estupenda de excelentes profesionales. Estos también han cambiado con el tiempo a medida que mi camino y mi viaje de sabiduría personal evolucionan. El plan cambia.

* Illuman es una organización sin ánimo de lucro para hombres que simplemente están interesados en convertirse en hombres mejores y más auténticos.

Apéndice A



El Examen ACES

Mientras estabas creciendo, durante tus primeros 18 años de vida:

1. ¿Algún padre u otro adulto del hogar te ha insultado, menospreciado, humillado o actuado de una manera que te haya hecho temer que te hiciera daño físico? Sí/No.

En caso afirmativo, introduce 1. _____

2. ¿Algún padre u otro adulto del hogar te ha empujado, agarrado, abofeteado o tirado algo con frecuencia? ¿O te ha golpeado alguna vez con tanta fuerza que te ha dejado marcas o te has lesionado? Sí/No

En caso afirmativo, introduce 1. _____

3. ¿Alguna vez un adulto o una persona al menos 5 años mayor que tú te ha tocado o acariciado o te ha hecho tocar su cuerpo de manera sexual? ¿O ha intentado o ha tenido realmente relaciones sexuales orales, anales o vaginales contigo? Sí/No

En caso afirmativo, introduce 1. _____

4. ¿Sentías a menudo que: Nadie en tu familia te quería o pensaba que eras importante o especial? O Experiencias adversas en la infancia (ACE) Cuestionario 2, ¿Tu familia no se

preocupaba por los demás, no se sentía unida o no se apoyaba mutuamente? Sí/No. En caso afirmativo, introduce 1. _____

5. ¿Llegaste a sentir que no tenías suficiente para comer, que tenías que llevar ropa sucia y que no tenías a nadie que te protegiera? ¿O que tus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidar de ti o llevarte al médico si lo necesitabas? Sí/No. En caso afirmativo, introduce 1 _____

6. Tus padres, ¿se han separado o divorciado alguna vez? Sí/No. En caso afirmativo, introduce 1 _____

7. ¿Alguna vez alguno de tus padres u otros cuidadores adultos: te empujaron, agarraron, abofetearon o les arrojaron algo? ¿O te patearon, mordieron, golpearon con el puño o con algo duro alguna vez o con frecuencia? ¿O te golpearon repetidamente durante al menos unos minutos o te amenazaron con una pistola o un cuchillo? Sí/No. En caso afirmativo, introduce 1 _____

8. ¿Viviste con alguien que fuera un bebedor problemático o alcohólico, o que consumiera drogas ilegales? Sí/No. En caso afirmativo, introduce 1 _____

9. ¿Algún miembro del hogar ha sufrido depresión o enfermedad mental, o ha intentado suicidarse? Sí/No En caso afirmativo, introduce 1 _____

10. ¿Algún miembro de la familia ha ido a la cárcel? Sí/No. En caso afirmativo, introduce 1 _____

PUNTUACIÓN ACE (Total de respuestas afirmativas):

Apéndice B:

Recursos de Ayuda



Lista de Diferentes Tipos de Reuniones de Autoayuda

Trastornos por Uso de Sustancias

- Alcoholics Anonymous - <https://www.aa.org>
- SMART Recovery - <https://www.smartrecoverytest.org>
- Women for Sobriety - <https://womenforsobriety.org>
- Recovery Dharma - <https://recoverydharma.org>
- Refuge Recovery - <https://www.refugerecovery.org>
- Celebrate Recovery - <https://www.celebraterecovery.com>
- Chemical Dependents Anonymous - <https://www.cdaweb.org>
- Cocaine Anonymous - <https://ca.org>
- Crystal Meth Anonymous - <https://wpw.crystallmeth.org>
- Pagan In Recovery - <http://www.deesigned.net/paganinrecovery>
- Drug Addicts Anonymous - <https://www.daausa.org>
- Life Ring Recovery - <https://lifering.org>
- Marijuana Anonymous - <https://marijuana-anonymous.org>
- Moderation Management - <https://moderation.org>

- Narcotics Anonymous - <https://www.na.org>
- Pills Anonymous - <https://www.pillsanonymous.org>

Adicción al Sexo

- Sexaholics Anonymous - <https://www.sa.org>
- Sex and Love Addicts Anonymous - <https://slaafws.org>
- Sexual Compulsives Anonymous - <https://sca-recovery.org>
- Sex Addicts Anonymous - <https://saa-recovery.org>
- Disordered Relationships
- Love Addicts Anonymous - <http://www.loveaddicts.org>
- Sex and Love Addicts Anonymous - <https://slaafws.org>

Apoyo para Aquellos que han Sufrido Abusos y han Experimentado un Trauma

- Survivors of Incest Anonymous - <https://siawso.org> •
- Male Survivors - <https://malesurvivor.org>
- Gift From Within - <https://www.giftfromwithin.org>
- Sidran Institute Clearinghouse - <https://www.sidran.org>
- International Society for the Study of Trauma and
Dissociation - <https://www.isst-d.org>

Natural Pathways of Recovery

Recuperación de la Salud Emocional y Mental

- Anxiety and Depression Association - <https://adaa.org>
- Attention Deficit Disorder Association - <https://add.org>
- Autism Society - <https://www.autism-society.org>
- Brain Injury Association - <https://www.biausa.org>
- Crisis Text Line - <https://www.crisistextline.org>
- Depression and Bipolar Support - <https://www.dbsalliance.org>
- International OCD Association - <https://iocdf.org>
- National Alliance on Mental Illness - <https://nami.org>
- National Eating Disorders - <https://www.nationaleatingdisorders.org>
- Asperger's Syndrome - <http://www.aspergersyndrome.org>
- Body Focused Repetitive Behavior Foundation - www.bfrb.org
- American Association of Suicidology - <https://suicidology.org>
- The Withdrawal Project - <https://withdrawal.theinnercompass.org>

Diferentes Grupos de Apoyo para Problemas de Conducta

- Gamblers Anonymous - <http://www.gamblersanonymous.org>
- Self-Mutilators Anonymous - <https://www.selfmutilatorsanonymous.org>
- OverEaters Anonymous - <https://oa.org>

- Dual Recovery Anonymous - <http://www.draonline.org>
- Debtors Anonymous - <https://debtorsanonymous.org>
- Spenders Anonymous - <http://www.spenders.org>
- Emotions Anonymous - <https://emotionsanonymous.org>
- Workaholics Anonymous - <https://workaholics-anonymous.org>

Para Familias y Codependientes

- SMART Recovery for Families - <https://www.smartrecovery.org/family>
- PALS Parents of Addicted Loved Ones - <https://palgroup.org>
- Compassionate Friends - <https://www.compassionatefriends.org>
- National Federation of Families - <https://www.ffcmh.org>
- Caregivers Actions - <https://caregiveraction.org>
- Balanced Mind Parent Network - <https://community.dbsalliance.org>
- Co-Sex and Love Addicts Anonymous <http://coslaa.org>
- Adult Children of Alcoholics - <https://adultchildren.org>
- Al-Anon - <https://al-anon.org>
- Codependents Anonymous <https://coda.org>
- Families Anonymous - <https://www.familiesanonymous.org>
- Nar-Anon - <https://www.nar-anon.org>
- Recovering Couples Anonymous - <https://recovering-couples.org/>
- Sex Addicts Anon - <https://sanon.org>

Referencias

Recursos de Ayuda



Referencias

CA 2: Lo Mismo Pero Diferente

- **GORSKI, T. T.** (1989). *Pasajes a través de la recuperación*. Center City, MN: Hazelden Press.

- **GORSKI, T. T.** El Modelo CENAPS® de planificación de prevención de recaídas. En: **DALY, D. W.** (1989a) *Recaídas: Perspectivas conceptuales, de investigación y clínicas*. Hayward Press, y *J Chem Depend Treat* (2)2, 1989a.
- **GORSKI, T. T.** (1995). *Taller de Terapia de Prevención de Recaídas – Gestión de problemas centrales de personalidad y estilo de vida*. EE. UU.: Herald House/Independence Press.
- **GORSKI, T. T., KELLEY, J. M.** (2007). *Manual del consejero para la prevención de recaídas con delinquentes criminales dependientes de sustancias*. [en línea]. Disponible en:
http://www6dotXEQscy_WKOZOHPEXJMruJSLfyLaT6-Jy/Hybrid%20Unit%2011/Gorski%27s%20Manual.pdf
[Consultado el 31 de enero de 2008].
- **GOSSOP, M., STEWART, D., BROWNE, N., MARSDEN, J.** (2002). Factores asociados con la abstinencia, recaída o recaída al consumo de heroína después de un tratamiento residencial: efecto protector de las respuestas de afrontamiento. *Addiction*, 97(10), pp.1259-67.
- **LARIMER, M. E., PALMER, R. S., MARLATT, G. A.** (1999). *Prevención de recaídas – Una visión general del modelo cognitivo-conductual de Marlatt*. *Alcohol Research & Health*, 23 (2), pp. 151-159.
- **MARLATT, G. A., & DONOVAN, D. M.**, eds. (2005). *Prevención de recaídas – Estrategias de mantenimiento en el tratamiento de conductas adictivas*, 2ª ed. Nueva York: Guilford Press.
- **MARLATT, G. A., & GORDON, J. R.** (1985). *Prevención de recaídas: Estrategias de mantenimiento en el tratamiento de conductas adictivas*, Nueva York: Guilford Press.
- **MCLEOD, J.** (2003). *Introducción al asesoramiento*, 3ª ed. Glasgow: Open University Press.
- **MILLER, W. R., HARRIS, R. J.** (2000). Una escala simple de las señales de advertencia de recaída de Gorski. [en línea] PMID: 11022817 [PubMed - indexado para MEDLINE]. Disponible en:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?WebEnv=0r5F7E8VcQU9vTmwUuUx9TcccDL7UQZY450Tym06Mgve0P07TCLy%40mqZUwIIOFkQAAHxgrkIAAAAV&db=pubmed&orig_db=pubmed&term=gorski%20paws&cmd=search&cmd_curent=&query_key=1&dopt=AbstractPlus&dispmax=20&sort=&SendTo=&filt [Consultado el 30 de enero de 2008].

- **PROCHASKA, J. O., & DiCLEMENTE, C.**
C. (1986) Hacia un modelo comprensivo del cambio. En **MILLER, W. R., & HEATHER, N.** Eds., *Tratando conductas adictivas: Proceso de cambio*, pp. 3-27. Nueva York: Plenum.
- **RILEY, D. M., SOBELL, L. C., LEO, G. I., SOBELL, M. B., KLAJNER, F.** (1987). Tratamiento conductual de los problemas alcohólicos; una revisión y comparación de estudios conductuales y no conductuales. En: *Tratamiento y prevención de problemas alcohólicos: un manual de recursos*. Nueva York: Academic Press.

CA 3: RAW: Listo, Capaz, Dispuesto

- **Anderson, D. J., McGovern, J. P., DuPont, R. L.** (1999). Los orígenes del modelo Minnesota de tratamiento de la adicción: un relato en primera persona. *J Addict Dis.*, 18(1), 107-114. doi: 10.1300/J069v18n01_10. PMID: 10234566.
- **Jellinek, E. M.** (1946). "Fases en la historia del consumo de alcohol en alcohólicos: análisis de una encuesta realizada por el órgano oficial de Alcohólicos Anónimos", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 7, pp. 1-88.
- **Prochaska, J. O.** (1984). *Sistemas de psicoterapia: un análisis transteórico* (2ª ed.). Pacific Grove, California: Brooks-Cole.
- **Miller, W. R., Heather, N.**, eds. (1998). *Tratamiento de conductas adictivas* (2ª ed.). Nueva York: Plenum Press. ISBN 0-306-45852-7.

• **Velasquez, M. M.** (2001). *Tratamiento grupal para el abuso de sustancias: un manual de terapia de etapas de cambio*. Nueva York: Guilford Press. ISBN 1-57230-625-4.

• **DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., Ogborne, A. C.** (2000). Edad de inicio en el consumo de alcohol: un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alcohólicos. *Am J Psychiatry*, 157(5), 745-750. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.745. PMID: 10784467.

• **El cerebro adolescente: Más allá de las hormonas descontroladas** - *Harvard Health*. Disponible en: <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/the-adolescent-brain-beyond-raging-hormones>. Publicado en marzo de 2011.

• **NIDA** (2021, 19 de abril). ¿Cuáles son los efectos de la marihuana? Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/marijuana/what-are-marijuana-effects> el 2 de mayo de 2021.

CA 6: Genética

NIDA (2019, 5 de agosto). *Genética y epigenética de la adicción: Datos sobre drogas*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/genetics-epigenetics-addiction> el 2 de mayo de 2021.

• **AGRAWAL, A., Y LYNSKEY, M.** (2006). La epidemiología genética del consumo, abuso y dependencia de cannabis. *Addiction*, 101, 801–812. PMID: 16696624.

• **DICK, D. M., PLUNKETT, J., WETHERILL, L. F., Y OTROS.** Asociación entre GABRA1 y los comportamientos de consumo en la muestra del Estudio Colaborativo sobre la Genética del Alcoholismo. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 1101–1110, 2006b. PMID: 16792556.

• **HILL, S. Y., SHEN, S., ZEZZA, N., Y OTROS.** Búsqueda a nivel genómico de los genes de susceptibilidad al alcoholismo. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 128B, 102–113, 2004. PMID: 15211641.

• **XUEI, X., FLURY-WETHERILL, L., BIERUT, L., Y OTROS.** El sistema opioide en la dependencia de alcohol y drogas: Estudio de asociación basado en familias. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 144(7), 877–884, 2007. PMID: 17503481

CA 7: Frecuencia Intensidad Duración

- https://www.drugpolicyfacts.org/chapter/addictive_properties#sthash.S4nT2tJ2.dpbs
- https://www.americanscientist.org/sites/americanscientist.org/files/200645104835_307.pdf

CA 8: Trastornos Coexistentes

• **Murthy, P., Chand, P.** (2012, mayo). Tratamiento de trastornos de diagnóstico dual. *Curr Opin Psychiatry*, 25(3), 194-200. doi: 10.1097/YCO.0b013e328351a3e0. PMID: 22395768.

• **Brenner, P., Brandt, L., Li, G., DiBernardo, A., Bodén, R., Reutfors, J.** (2020, abril). Trastornos por uso de sustancias y riesgo de depresión resistente al tratamiento: un estudio de casos y controles anidado basado en la población. *Addiction*, 115(4), 768-777. doi: 10.1111/add.14866. Publicado en línea el 16 de diciembre de 2019. PMID: 31656053; PMCID: PMC7078870.

• https://www.ptsd.va.gov/understand/related/substance_misuse.asp

- **Souza, T., & Spates, C. R.** (2008). Tratamiento de la comorbilidad entre PTSD y abuso de sustancias. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 11-26. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100643>

- <https://www.psychom.net/depression-substance-abuse>

-

101759-000_AAP_OpioidCrisis_Factsheet_National_v15r6.indd

Trastornos por Uso de Sustancias en Pacientes con Trastornos de Ansiedad

- **6 de septiembre de 2011. Matt G. Kushner, PhD, Sheila M. Specker, MD.** *Psychiatric Times*, Volumen 28, No. 9, Número 28, Edición 9.

- **Patrick Köck, Marc Walter** (2018). Trastorno de la personalidad y trastorno por uso de sustancias: una actualización. *Mental Health & Prevention*, Volumen 12, Páginas 82-89. ISSN 2212-6570, <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.003>.

- **Links, P. S., Heslegrave, R. J., Mitton, J. E., van Reekum, R., Patrick, J.** (1995, febrero). Trastorno límite de la personalidad y abuso de sustancias: consecuencias de la comorbilidad. *Can J Psychiatry*, 40(1), 9-14. doi: 10.1177/070674379504000105. PMID: 7874683.

- **Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., et al.** (2015). Epidemiología del Trastorno por Uso de Alcohol DSM-5: Resultados de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757–766. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0584.

- **L. Sher** (2004). Depresión y alcoholismo, *QJM: An International Journal of Medicine*, Volumen 97, Edición 4, Páginas 237–240, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hch045>.

- **Crippa, José, Zuardi, Antonio, Martín-Santos, Rocio, Bhattacharyya, Sagnik, Atakan, Zerrin, McGuire, Philip, Fusar-Poli, Paolo** (2009). Cannabis y ansiedad: una revisión crítica de la evidencia. *Human Psychopharmacology*, 24, 515-523. doi: 10.1002/hup.1048.
- **NIDA** (2021, 13 de abril). ¿Existe una relación entre el consumo de marihuana y los trastornos psiquiátricos? Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/marijuana/there-link-between-marijuana-use-psychiatric-disorders> el 2 de mayo de 2021.

Trauma y Adicción

- **Peirce, Jessica, Burke, Christopher, Stoller, Kenneth, Neufeld, Karin, Brooner, Robert** (2009). Evaluación de la exposición a eventos traumáticos: Comparación entre el Cuestionario de Eventos Traumáticos de Vida y la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV. *Psychological Assessment*, 21, 210-218. doi: 10.1037/a0015578.
- <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-4/256-262.pdf>

Adicción y Crimen

Uso y Dependencia de Drogas, Prisioneros Estatales y Federales, 2004, NCJ 213530, octubre de 2006.

- **Abuso de Sustancias y Tratamiento, Prisioneros Estatales y Federales, 1997**, NCJ 172871, enero de 1999.
- <https://drugabusestatistics.org/>

CA 9: Consecuencias

<https://www.psychologytoday.com/us/articles/200702/toxic-brew>

- **It Will Never Happen to Me.** Claudia Black. (Medical Administration Press, 1982).
- **Safe Passage: Recovery for Adult Children of Alcoholics.** Stephanie Brown. (John Wiley & Sons, 1992).
- **A Place Called Self: Women, Sobriety and Radical Transformation.** Stephanie Brown. (Hazelden, 2004).
- **A Place Called Self: A Companion Workbook.** Stephanie Brown. (Hazelden, 2006).
- **Guide to Recovery, A Book for Adult Children of Alcoholics.** H. Gravitz y J. Bowden. (Health Communications, 1985).

CA 10: Problemas Físicos y Adicciones

- <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-factsheets/alcohol-facts-and-statistics#:~:text=Alcohol-Related%20Deaths%3A%20An%20estimated%2095%2C000%205%20people%20%28approximately,second%20is%20poor%20diet%20and%20physical%20inactivity.%206>
- **NIDA** (2021, 13 de abril). ¿Cuáles son las complicaciones médicas del uso crónico de heroína? Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/heroin/what-are-medical-complications-chronic-heroin-use> el 2 de mayo de 2021.
- **NIDA** (2020, 13 de julio). Adicción y Salud. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/addiction-health> el 28 de marzo de 2021.
- **Miller, W. R., Harris, R. J.** (2000, septiembre). Una escala simple de las señales de advertencia de Gorski para la recaída. *J Stud Alcohol*, 61(5), 759-765. doi: 10.15288/jsa.2000.61.759. PMID: 11022817.

- **Three Circles.**

<https://saa-recovery.org/literature/three-circles-defining-sexual-sobriety-in-saa/>