

THOMAS WALLENHORST



la dependencia del
ALCOHOL
un camino de crecimiento

DESCLÉE DE BROUWER

Serendipit

M A I O R

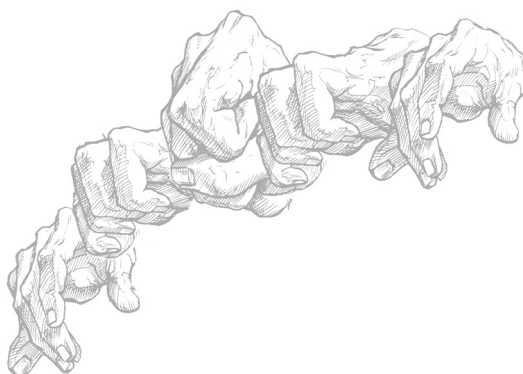
LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Un camino de crecimiento

Thomas Wallenhorst

LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Un camino de crecimiento



Desclée De Brouwer

Título de la edición original:
L'alcoolo-dépendance. Un chemin de croissance.
© 2006, Ellipses –Édition Marketing, S.A., París, Francia.

Traducción: Nati Torres

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2010
Henao, 6 - 48009 BILBAO

www.edesclee.com

info@edesclee.com

Printed in Spain - Impreso en España

ISBN: 978-84-330-2450-3

Depósito Legal: BI-2759/2010

Impresión: RGM, S.A. - Urduliz

Quiero manifestar mi agradecimiento especialmente a los pacientes que han aceptado aportar su testimonio: Joël, Serge, Claude, Dominique, Nathalie, Jean-Pierre, Thierry, Virginia, Patrick, Jean-Claude, Ariane, Christian, Fabienne, Graziella. Escribieron sus testimonios tras sus experiencias en una sesión de grupo.

El conjunto de sus observaciones contiene las experiencias de muchos otros.

Índice

Prefacio	11
1. Iniciación	13
Introducción	13
¿Qué significa abrirse camino cuando se es dependiente del alcohol?	16
Ser realista frente al problema para poder cuidarse	20
2. La persona en marcha	27
La imagen de uno mismo	27
El ideal de uno mismo	32
Inteligencia, libertad, voluntad: tres facultades mentales indispensables	37
Aprender a ser en lugar de hacer	51
Dejarse guiar por la propia conciencia profunda, en lugar de por lo otros o por deseos irreflexivos	60
3. La persona herida	69
Aprender a sentir en lugar de huir	69
Las heridas	74
La dificultad de ser uno mismo	79
Las reacciones desproporcionadas y repetitivas	85
Los mecanismos de compensación	92
El sistema de defensa	98
La vergüenza	106
4. La fuerza de la dependencia	113
La re-alcoholización o recaída	113
La adicción	121
¿Repetir el comportamiento adictivo o entrar en la resiliencia?	127

5. El terreno psicosomático	133
El cuerpo	133
Los trastornos alimentarios	139
Los trastornos del sueño	143
Los fenómenos dolorosos	145
La sexualidad	148
6. Las patologías psiquiátricas asociadas a la dependencia del alcohol	159
La depresión	159
El trastorno del humor bipolar	164
El suicidio	169
Los trastornos de ansiedad	172
Los trastornos de la personalidad	183
7. Intentar dar un paso hacia delante siempre	189
El “disparador”	189
Poner orden en la propia vida	195
Renunciar al alcohol	201
Plantar cara a la adversidad	207
Aceptar la enfermedad	214
8. Conclusión	221

Prefacio

Thomas Wallenhorst conoce la *alcoholología*. Posee práctica. Conoce también la teoría. Esta obra es una síntesis de la una y de la otra. El autor ha bebido en las fuentes más clásicas y originales del conocimiento en el campo de la adicción. Nos muestra un vivo retrato de pacientes enfrentados al sufrimiento cotidiano que supone la dependencia del alcohol. Sean cuales sean los síntomas relatados, Thomas Wallenhorst es respetuoso con aquellos que padecen esta dependencia. Nos presenta a los enfermos como víctimas de un proceso a la vez psicológico y biológico, cuyos determinantes les desbordan. De sus reflexiones se desprende una aproximación a la dependencia del alcohol que coloca al individuo en primer plano, con su sufrimiento y sus características.

Por último y sobre todo en lo referente a dependencia, Thomas Wallenhorst no depende de ninguna teoría ni de ningún modelo. Su método es ecléctico. Su objetivo, pragmático. El lector comprometido con su reflexión sobre las conductas alcohólicas dispondrá de diversos testimonios y de conocimientos claros y argumentados. Y comprenderá que la dependencia del alcohol, que es una enfermedad, una lacra social con indiscutible impacto, puede también representar, paradójicamente, un “camino de crecimiento”.

*Pr. Michel Lajoyeux
Jefe del servicio de Psiquiatría, de alcoholismo y tabaquismo
Hospital Bichat Claude-Bernard*

Iniciación

1

INTRODUCCIÓN

Se estima que cinco millones de franceses tienen problemas con el alcohol. Dos millones son dependientes, el resto lo consumen en exceso, lo que comporta riesgos importantes para su salud y/o para su seguridad.

La dependencia del alcohol se conoce aún muy mal entre la población. Por ejemplo, un bebedor de riesgo puede volver a un consumo “normal” mediante consejos de moderación, obligándose a controlar su consumo, lo cual ya no es posible para un alcohólico que ha “perdido su libertad frente al alcohol”, como muy bien decía Pierre Fouquet¹ en 1956.

La dependencia del alcohol es una enfermedad ocasionada por consumir alcohol regularmente. El paciente se siente empujado a beber sin poder parar por su propia voluntad. Constituyen esta dependencia numerosos factores, biológicos, psíquicos y sociales. Una de las consecuencias más frecuentes es la depresión, inducida por la acción tóxica del alcohol. Pero nos equivocariíamos al asimilar el consumo de alcohol con un problema psiquiátrico solamente, ya que muchas de esas depresiones se curan espontáneamente deteniendo la ingesta de alcohol; por el contrario, se estima en el 15% el porcentaje de depresiones preexistentes en los alcohólicos dependientes y, en estos casos, el tratamiento mediante medicamentos antidepresivos está ampliamente justificado.

1. PIERRE FOUQUET, Jean Clavreul, *Entretiens pour une thérapeutique de l'alcoolisme*, Lettre aux alcooliques, PUF, Paris, 1956.

Los familiares hablan a menudo de su huida ante las dificultades de comunicación con el paciente alcohólico, que muchas veces no acepta hablar con ellos de su consumo ni de su problema. Mantienen una alternancia entre la esperanza de “que pare” y la desesperación ante las recaídas, que llamamos re-alcoholizaciones, cuando vuelve a consumir, o ante el consumo a escondidas. El paciente se desalienta también ante su dificultad para mantener su abstinencia y, habitualmente, tiene una gran dificultad para explicar las razones que lo han conducido de nuevo al alcohol. Una razón que evocan frecuentemente, como: “he vuelto a recaer tras la muerte de mi padre”, es más bien una justificación de su conducta, y conviene explorar con el paciente su tristeza, el miedo a su propia muerte, el hecho de perder a una persona de referencia, la falta de confianza en sí mismo y muchos otros sentimientos, todo lo que él no consigue nombrar por hallarse escondido tras el velo anes-tesiante del alcohol.

La familia del paciente espera que la cura sea “la acertada” y la que le permitirá resolver definitivamente su problema con el alcohol, mientras que a menudo el paciente no está listo para encarar una abstinencia definitiva, ya que espera poder gozar todavía del beneficio de los efectos que busca en el alcohol, sin sufrir la dependencia. Es importante que tanto los familiares como el paciente acepten que la dependencia del alcohol es una enfermedad crónica, y que las re-alcoholizaciones son más bien la regla que la excepción, de la misma manera que un diabético puede desviarse de su dieta. Pero la diabetes no es una enfermedad vergonzosa, un diabético no se siente “señalado con el dedo” como el alcohólico... ¿Llegará el día en que veamos a los pacientes y a sus familiares abordar la dependencia del alcohol de una manera objetiva y previsor, sin sufrir el efecto destructor de la vergüenza?

La idea de este libro surgió a partir del trabajo de las consultas y de las sesiones de grupos de palabra con los pacientes en el CCAA (Centro de cura ambulatoria en adicciones) de Semur-en-Auxois. Según la concepción del Centro, un equipo multidisciplinar propone a los pacientes una aproximación global que tiene en cuenta a la vez problemas físicos, psíquicos, familiares, del entorno y sociales. Se trata de una aproximación psicopedagógica en la que se hace referencia a la formación PRH (Personalidad y relaciones humanas)²,

2. PRH INTERNATIONAL, *La personne et sa croissance*, Lexies, Toulouse, 1997.

que propone un trabajo de crecimiento para permitir que estas personas adquieran confianza en sí mismas, a partir de lo positivo que hay en el fondo de cada persona. Es una aproximación innovadora que propone, tanto a los pacientes como a sus familiares, emprender un camino de crecimiento a lo largo del cual ya no se vivirá al alcohol como al enemigo que hay que combatir, y se considerará al paciente y a sus familiares como seres que sufren y a los que hay que cuidar.

En la redacción de este libro, hemos utilizado algunos conceptos de PRH, especialmente en los capítulos 2 y 3. Algunos de los términos que empleamos son utilizados por otras aproximaciones, pero el contenido específico de PRH, así como la visión de la persona en camino de crecimiento nos han motivado a dar este paso.

Nuestro deseo es permitir que los pacientes se reconozcan en su dependencia del alcohol, pero encontrando puntos de apoyo para encarar un cambio. Nuestro objetivo es despertar en ellos la esperanza de que es posible vivir mejor, mediante la privación de las bebidas alcohólicas, tomando conciencia de lo que son en el fondo de ellos mismos, para desarrollarlo en lo concreto de sus vidas. La dinámica propuesta es pasar de un estado en el que están dominados por el poder del alcohol, hacia un estado en el que son ellos mismos los que conducen libremente sus vidas.

Otro de nuestros objetivos es que las familias posean una herramienta que les permita comprender la dependencia del alcohol, para que se sientan menos solas y que pueda ayudarles a desarrollar actitudes que les pueden ser útiles en su relación con el enfermo.

Emprender el trabajo de la abstinencia es difícil. Los pacientes y sus familias pasan por fases de abatimiento, rebeldía, amarga resignación, frente a un comportamiento continuo de alcoholización. Pero podemos afirmar que siempre es posible el cambio; ahora bien, sólo podrá producirse en la persona que decide cambiar si se siente tocada interiormente, en su motivación para vivir de otra manera. El papel de los acompañantes, tanto profesionales como voluntarios, consiste en acompañar a las personas para que ese cambio les parezca posible, factible, para que comiencen a creer, y en estimular siempre la vida, incluso cuando la persona atraviesa sus peores momentos.

¿QUÉ SIGNIFICA ABRIRSE CAMINO CUANDO SE ES DEPENDIENTE DEL ALCOHOL?

Se consume alcohol por sus efectos en el psiquismo; muchas alcoholizaciones se realizan de manera refleja con el fin de hacer desaparecer un estado de malestar. Se dice que el alcohol sería el mejor ansiolítico si no tuviera efectos secundarios. Empezar el camino de la abstinencia comporta inevitablemente el riesgo de la recaída, y conviene anticipar las situaciones peligrosas con el fin de prepararse para reaccionar de otro modo, en lugar de repetir el comportamiento reflejo de tomar una dosis de alcohol como se hacía antes.

El trabajo sobre uno mismo permite clarificar progresivamente todas las zonas de sombra, tomar conciencia de lo que se experimenta y del propio funcionamiento. Esta clarificación tiene que hacerse diariamente. Antes la persona actuaba, no se cuestionaba. Ahora quiere comprender su propio funcionamiento para salir de la repetición del comportamiento que la atrapa; quiere cambiar. Caminar de este modo implica cinco ejes: trabajar sobre sí mismo, formarse, abrirse a los demás, hacerse acompañar, tomar decisiones fieles a su conciencia profunda.

Trabajar sobre sí mismo

Ahora se trata de poner palabras a los comportamientos e identificar los problemas de entrada, en lugar de rehuirlos. Este trabajo comienza con preguntas como:

- ¿Por qué reacciono así?
- ¿Qué me ocurre cuando me siento herido por una palabra o por una mala noticia?

Los acontecimientos cotidianos no se vivirán entonces como fastidios inevitables, ni se acusarán como fuente de problemas personales, sino que la persona se posiciona con respecto a ellos asumiendo su responsabilidad. Progresivamente va descubriendo su mundo interior, disfruta experimentando sus sensaciones al tiempo que descifra su contenido. Explora su historia personal y su relación con el alcohol. Está motivada por el placer de cambiar algo en su

vida, puede evolucionar hacia el deseo de cambiar su manera de vivir, después de cambiar ella misma. Explorar su relación con el alcohol la coloca frente a sus padecimientos: se trata de explorar qué es lo que esperaba del alcohol, cómo ha sido su vida cuando se alcoholizaba y cómo ha quedado atrapada en el alcohol. Hasta que no renuncie a los efectos que buscaba en el alcohol, vivirá en la ambivalencia, ya que sabe que ese producto es nefasto para ella (pues lo ha constatado en su experiencia), pero espera aún poder sacar provecho. Al mismo tiempo, trabajará sobre sus relaciones afectivas y su historia personal, particularmente en la relación con su familia; a este nivel existen a menudo complejos lazos relacionados con el consumo de alcohol. Es importante permitirse decir todo lo que se experimenta, aceptando la frustración de no consumir alcohol. Progresivamente, la persona descubre otra manera de vivirse a sí misma, sin alcohol, aprendiendo a ser ella misma, sin artificios. Es un camino de humildad y al mismo tiempo un trabajo en solitario. Un paciente decía: “hay que dejar de lado el orgullo”. La persona conseguirá modificaciones si realmente lo desea; únicamente ella misma puede resolver su problema con el alcohol y no los miembros de su familia. Trabajando sobre sí misma, la persona descubre sus flaquezas y disfunciones, lo que la coloca en una situación frágil, pero también descubre en sí nuevos recursos sobre los que apoyarse. Es una reeducación del potencial no utilizado antes. Cuando dejan de beber, los pacientes necesitan reorganizar su vida. Algunos de ellos se vuelven hiperactivos, como si quisieran recuperar el tiempo perdido. Es necesario emprender actividades con sentido, ya que la hiperactividad es una trampa que impide a los pacientes hallar un espacio para la reflexión, que es indispensable para descubrir nuevos recursos en sí mismos que no han utilizado antes; por tanto, necesitan dedicarse tiempo a sí mismos para ponerse a la escucha de su mundo interior.

Formarse

Los pacientes necesitan que las explicaciones relacionadas con la enfermedad del alcoholismo sean claras, concisas y completas. Estas aportaciones les permiten descubrir qué es la dependencia del alcohol, pero sobre todo reconocerse en los signos descritos, lo que les permite evaluarse en su relación con el alcohol. Los centros de Alcohología entregan documentación. Las sesiones de grupos de palabra son un medio de formación, en la medida en que se aborda la enfermedad a partir de los testimonios de los participantes, bajo la dirección

de un equipo que debe intervenir en determinados momentos para rectificar las ideas erróneas y para dar las explicaciones necesarias. Existe cierto número de obras escritas para el gran público. Las asociaciones de ayuda mutua proponen encuentros individuales o telefónicos, a demanda de los pacientes, así como el trabajo en grupo. El objetivo de la formación de los pacientes es que encuentren placentero continuar trabajando en su abstinencia y permitirles que verifiquen la coherencia de sus vivencias personales, animándolos a continuar caminando, mientras experimentan maneras concretas de hacerlo.

Abrirse a los otros

El consumo excesivo de alcohol favorece el aislamiento de las personas. Me refiero al consumo regular y crónico, a la conducta impulsiva de ingerir rápidamente alcohol con el objetivo de no sentir ni sufrir más. El alcohol modifica la personalidad: las personas no se comportan de la misma manera cuando han bebido que cuando no lo han hecho. Cuando observan sus hábitos de consumo anteriores, las personas abstemias dicen que entonces pensaban que estaban de fiesta con los demás, cuando la relación con esas otras personas era tan sólo una ilusión y que, en realidad, estaban solas creyendo estar acompañadas.

Tras la privación, las personas pueden sentir cierta soledad que, bajo los efectos del alcohol, no sentían. Debido a un acto reflejo defensivo, quizá se encierren en sí mismas, mientras que lo importante ahora es que experimenten la relación con los otros sin la intermediación del alcohol. Es una invitación a vivir otro tipo de relaciones, relaciones que les aporten vida y las estimulen. Se establece una interacción entre la aspiración a vivir de otra manera, de una manera nueva, sacando fuerza del fondo de sí mismas, y de lo positivo que se recibe por parte de los otros.

Hacerse acompañar

Se propone un acompañamiento por parte de profesionales o voluntarios. El acompañante ayuda a los pacientes en ese trabajo sobre sí mismos, recorriendo el camino con ellos. Actúa como un experto, tanto en la exploración de todo lo relacionado con el alcohol, como de la historia personal. Permite abordar cualquier tipo de cuestión personal, ayuda al paciente a

expresar sus vivencias, subrayando cuando es preciso el contenido escondido y no percibido por éste. El acompañante permite al paciente soltar lo que le resulta una pesada carga, y seguir adelante cogido de su mano. El paciente podrá ponerse al cuidado del acompañante si tiene confianza en él y si siente que está disponible para él. Una función importante consiste en curar todo aquello que haya producido heridas y que haya dejado cicatrices: el paciente aprende a salir de su funcionamiento habitual que consistía en dudar de sí mismo y de su capacidad para salir airoso; deposita su vergüenza al hablar de su penosa y dolorosa vida; recibe aportaciones objetivas y aprende a ver de forma lúcida su enfermedad: aprende a asumir y a gestionar su culpabilidad en relación con las recaídas.

Tomar decisiones fieles a la conciencia profunda

Es el complemento esencial del trabajo sobre uno mismo. Aquí la persona pone en práctica lo que de nuevo descubre en ella misma, traduciéndolo en actos concretos. Más que responder mediante actos reflejos a las solicitudes externas, tratando de complacer a los otros, la persona se interroga acerca de si lo que debe hacer le permitirá avanzar en su camino, si será constructivo, si tiene sentido para ella, si se siente de acuerdo consigo misma. Actuando de este modo, la persona experimenta que puede contar consigo misma, incrementando su confianza, teniendo en cuenta a los otros, pero sin estar alienado ni dominado por ellos. Mientras se alcoholizaba no era libre; ahora, dejándose guiar por su conciencia profunda, descubre el camino de su libertad profunda. El testimonio de un paciente ilustra esos cambios progresivos, que son verdaderos “regalos de la abstinencia”:

“Cuando me alcoholizaba, perdía mucho tiempo, volvía a casa por las noches hecho un despojo y por la mañana no conseguía levantarme. Desde que soy abstemio, estoy fresco y dispuesto por la mañana. Antes no me gustaba leer, ahora he descubierto el placer de los libros, aprendo muchas cosas. Y hay más..., cuando era joven, ayudé en un accidente de tráfico y me dije que yo no conduciría, no me sentía capaz. Pero ahora, con la abstinencia, a medida que voy teniendo más confianza en mí mismo, estoy aprendiendo a conducir para conseguir mi permiso y estoy muy contento”.

SER REALISTA FRENTE AL PROBLEMA PARA PODER CUIDARSE

Dentro de un equipo de cuidadores, con frecuencia, con respecto a tal o cual enfermo alcohólico, dicen: “no lo está haciendo como debiera”. Esto describe la actitud de un paciente que huye, que quiere “salir por sí mismo”, que dice que no tiene problemas con el alcohol, que “controla”, o en el caso de que esté en tratamiento obligatorio por haber dado positivo al volante en una prueba de alcoholemia, le escuchamos lamentarse así: “me he dejado pillar pero tan sólo había tomado una copa”. Estos pacientes adoptan una actitud de denegación o de banalización frente a su problema. No son realistas.

Es importante precisar con el paciente por qué y para qué se cuida. Debe abrirse a su fragilidad en lugar de huir de ella. Sólo puede ser consciente de que es un alcohólico enfermo abordando su problema, no negándolo. Sin embargo, si percibe la ausencia del alcohol en su vida únicamente como una falta, no comprenderá el objetivo de unos cuidados. Una vez se ha tomado la primera decisión (pedir una consulta, contactar con una asociación de ex-alcohólicos o dejar de beber), es importante elegir los medios necesarios para conseguir que esos medios se mantengan, lo cual quiere decir que las motivaciones deben evolucionar.

Cuidarse quiere decir ponerse al cuidado de uno mismo, no se trata de querer que el síntoma desaparezca, sino de ayudar a la persona a que se apoye en lo mejor que hay en ella para mejorar y para aprender a vivir de otra manera. Conviene precisar qué es la dependencia del alcohol:

Se considera a la alcoholización en función de los comportamientos que conlleva. El “uso” del producto no es en sí patológico, si no hay complicaciones somáticas o de otro tipo. En la práctica del uso del alcohol, existen tres tipos de consumo:

- **La ausencia de consumo**

Una ausencia de consumo primaria quiere decir que la persona no se ha iniciado en el consumo del producto en cuestión. Una ausencia de consumo secundaria significa que la persona elige no consumir después de haber sentido, al menos una vez, los efectos de dicha sustancia. Por ejemplo, el 10% de los franceses no consumen alcohol, el 66% no consumen tabaco, el 90% no

consumen productos ilegales, con variaciones en función de la edad. En la ausencia de consumo intervienen factores sociales, pero existen también factores individuales de protección biológica y psicológica.

- **El consumo socialmente reglado**

Este tipo de consumo sigue ciertas normas establecidas por las costumbres de una sociedad, de un país o de una microsociedad. Se trata de la copa de alcohol que se ofrece a alguien, la copa que se toma como aperitivo o la que se toma durante las comidas. Estas normas, sin embargo, evolucionan bastante rápidamente. En una recepción, actualmente se acostumbra a ofrecer una bebida alcohólica o una bebida sin alcohol, elección que no se ofrecía hace algunos años. Antes se decía: “vino de honor”, mientras que ahora se dice: “brindis de amistad”.

- **El consumo de riesgo**

En determinadas circunstancias, incluso este consumo socialmente reglado puede comportar riesgos. En las mujeres embarazadas, todos los productos (alcohol, tabaco, cannabis...) tienen un efecto nefasto en el embrión y en el feto.

Los riesgos pueden ser agudos en ciertas circunstancias: cuando se requiere un buen dominio psicomotriz, para conducir coches, manejar máquinas o en ciertas tareas profesionales. El riesgo está también relacionados con la personalidad del individuo, ya que el alcohol acarrea problemas de comportamiento, especialmente agresividad o temeridad.

El riesgo puede ser también estadístico a largo plazo, cuando se toma con regularidad el tóxico puede provocar daños en otros órganos, aumentando la morbilidad y la mortalidad. Estos riesgos son en general proporcionales a la cantidad consumida, lo que explica que aparezcan claramente en los sujetos dependientes.

El consumo puede ser crónico, cotidiano, con variaciones. Puede focalizarse en el fin de semana (el paciente rechaza consumir los días laborables, pero bebe en exceso los viernes, sábados y a veces los domingos). Algunas de estas personas están instaladas en un consumo nocivo; otras, en cambio, ya han franqueado la frontera de la dependencia.

El ejemplo siguiente muestra cómo un consumo socialmente reglado se convierte en un consumo de riesgo:

“Empecé a beber alcohol a los 14 años, en el marco familiar, en las comidas de los días festivos. Conocí la existencia del alcohol siendo niño, mi padre era alcohólico. En la adolescencia, no encontraba ningún placer al beber, bebía para hacer “como los mayores”. Más tarde, a los 18 años, bebía para relajarme, necesitaba 2 ó 3 vasos por noche para estudiar, me producía la sensación de estar distendido y de poder concentrarme mejor en mis estudios. Después de esto –y he comprendido más tarde que se trataba de señales de dependencia psíquica–, he tenido problemas de concentración y problemas de memoria, transpiraba en exceso, me volvía agresivo y egoísta, pues sólo pensaba en beber. He tenido muchos problemas dentales. En el plano social, me aislaba, no telefoneaba a nadie, no acudía a mis citas, perdí a mis amigos. Ahora, a la edad de 28 años, tengo la impresión de haber perdido 10 años de mi vida a causa del alcohol, es decir, he perdido amigos, mi trabajo, una vida en familia, mi salud”.

Cuando el consumo progresa, se habla de uso nocivo y de dependencia:

- **Uso nocivo o abuso**

Es un consumo repetido que acarrea problemas somáticos, psicoafectivos y sociales, ya sea para la propia persona, ya sea para su entorno más próximo o para la sociedad.

- **La dependencia**

Comporta una ruptura con el funcionamiento habitual de la persona. Las personas de su entorno dicen, por ejemplo: “cuando ha bebido, no es el mismo hombre”. Se puede distinguir:

La **dependencia psíquica**: el paciente busca mantener o reencontrar las sensaciones de placer, de bienestar, la satisfacción, la estimulación que la sustancia le aporta. Quiere evitar a toda costa el malestar psíquico que siente

cuando no bebe. Experimenta un *craving*³, que, en contra de la razón y de su voluntad, le induce a una búsqueda compulsiva de la sustancia que es expresión de una necesidad mayor e incontrolable.

Cuando se trata de **dependencia física**, el paciente consume alcohol para evitar el síndrome de abstinencia ligado a la privación del producto. Esta dependencia se caracteriza por signos de privación (aparición de síntomas físicos, como temblores, subida de la tensión arterial, insomnio, transpiración, agitación, confusión) y por la aparición y el aumento de la tolerancia: hay un gran aumento del consumo cotidiano. Para fijar el diagnóstico no es obligatorio que exista dependencia física. El síndrome de abstinencia desaparece si el paciente vuelve a tomar alcohol.

El *craving*, término tomado del inglés, incluye la sensación de querer alcohol tanto si se trata de dependencia psíquica como de dependencia física, o cuando los dos tipos de dependencia están presentes. La dependencia psíquica puede irse desarrollando a lo largo de mucho tiempo, antes de llegar a la dependencia física, y el *craving* puede experimentarlo alguien que es aún capaz de un cierto control. A menudo, los pacientes sienten esa necesidad ante ciertas circunstancias que actúan como estimulantes. Puede tratarse de factores externos, por ejemplo, cuando alguien les ofrece una copa, o de factores internos, como una frustración afectiva o una necesidad de recompensa.

Actualmente no se distinguen de forma muy clara estos dos tipos de dependencia, ya que el funcionamiento psíquico reposa en el funcionamiento neurobiológico cerebral. En ambos tipos de dependencia existen perturbaciones en los neurotransmisores, provocadas por el consumo de alcohol. Esas perturbaciones inducen y mantienen el malestar psíquico que sienten los sujetos dependientes cuando se privan del alcohol, y nos permiten comprender por qué el hecho de dejar de consumir no es simplemente un asunto de voluntad.

Resulta útil una reciente clasificación de los tipos de consumo, que distingue: el **consumo ocasional o festivo**. Estas personas no son dependientes; se las puede denominar consumidores.

3. N. de la T.: el autor explica este término unas líneas más abajo.

Otras personas consumen alcohol con la finalidad de aliviar su sufrimiento o buscando una recompensa o para evitar tensiones; este tipo de consumo se denomina **auto-terapéutico**. Estos pacientes pueden mantenerse en el estadio de consumidores de riesgo, pero algunos se convierten en dependientes.

Otras personas pueden permanecer en la abstinencia durante periodos variados, pero en caso de alcoholización buscan sensaciones fuertes en la embriaguez, lo que conlleva una clara pérdida de control. Es la **toxicomanía**. Se trata de consumir de forma impulsiva y supone una agravante.

Evaluar el problema

Cada cual puede empezar a observar su problema de cara a una autoevaluación, revisando todos los ámbitos de su vida:

- Los **problemas psíquicos**: ¿su moral es normal o está supeditada a variaciones que pasan de la excitación al desánimo? ¿Se irrita fácilmente? ¿Monta en cólera de forma inesperada? ¿Tiene crisis de angustia o de llanto sin motivo previo? ¿Tiene miedo de dar determinados pasos, como hablar por teléfono o encontrarse con una persona por la que teme ser juzgado?
- Los **problemas físicos y neurológicos**: ¿se siente fatigado siempre? Cuando vuelve a casa después del trabajo, ¿hace tareas necesarias?, ¿puede hacer aún esfuerzos físicos? ¿Duerme mal? ¿Se despierta súbitamente o sufre pesadillas? ¿Vomita por las mañanas, no tiene apetito, tiene temblores? ¿Tiene problemas de concentración o de memoria? ¿Puede seguir todavía una conversación? ¿Comete torpezas al realizar alguna reparación o cuando arregla algo? ¿Siente picores en los pies y en las piernas? ¿Observa que transpira excesivamente?
- **Problemas familiares**: ¿Tiene conflictos con su familia a menudo? ¿Existe amenaza de divorcio? ¿Conserva el contacto con sus hijos o éstos se han distanciado? ¿Tiene la sensación de que el clima del hogar ha cambiado? ¿Se siente distanciado? ¿Las personas de su entorno le dicen que bebe demasiado y él lo tiene en cuenta?

- **Problemas sociales:** ¿Su jefe le hace observaciones sobre su trabajo?, ¿tiene razón?, ¿intenta remediarlo? ¿Está al corriente del pago de sus facturas y del alquiler?, ¿tiene deudas?
- ¿Ha sido **hospitalizado a causa de intoxicaciones etílicas agudas** (embriaguez) con o sin convulsiones o violencia? Durante estas hospitalizaciones ¿ha presentado crisis epilépticas o delirios?
- **Problemas judiciales:** ¿le han retirado el carnet de conducir por conducir ebrio?
- En lo que concierne a su consumo de bebidas alcohólicas, ¿constata que **ya no puede controlar** la cantidad que ingiere, que se vuelve irritable cuando ha bebido, que se siente fatal los lunes tras un fin de semana de alcoholización?
- ¿Qué lecciones aprende de sus **constantes alcoholizaciones** y recaídas? ¿Qué le ha aportado el alcohol de positivo y de negativo? ¿En qué contexto han tenido lugar sus recaídas: de forma “deseada”, reflexionada, o más bien de forma irreflexiva, como un acto reflejo?

La familia puede ayudar al paciente, hablándole de sus comportamientos, a que se conciencie de sus problemas. No obstante, debe hacerlo mediante un diálogo carente de agresividad, sin humillar al paciente, cuando éste está receptivo, intentando que el intercambio sea tranquilo y siempre cuando esté sobrio.

La persona en marcha

2

LA IMAGEN DE UNO MISMO

La imagen de uno mismo es la manera en que cada uno se ve, siendo más o menos consciente de este fenómeno. Se observa así con sus propios ojos: a veces se aprecia, otras veces se detesta. Se juzga tanto en positivo como en negativo, se compara con los demás; a veces se ve tal y como es, objetivamente, sin calificarse ni juzgarse. La imagen es una proyección de uno mismo, como una “segunda piel”, algo así como una fotografía que refleja un momento dado, pero puede oscilar rápidamente de lo positivo hacia lo negativo. La imagen concierne también a la forma en que las personas quieren ser vistas: “cuidar la propia imagen” esconde la noción de que una persona puede mostrar a los otros sólo algunos aspectos de sí misma para ser apreciada por esos otros. Mejorar la propia imagen puede permitir a algunas personas que se sienten avergonzadas encontrar la dignidad perdida.

Tomar conciencia del fenómeno de la imagen es importante, en la medida en que interviene tanto en la toma de decisiones como en el deseo de ser bien visto por los demás. Este deseo tiene sus raíces en la experiencia de las primeras relaciones, es decir, en las relaciones con los padres. Está compuesto por lo que ellos le dicen, y si le dicen que es bueno o guapo, él quiere que se lo digan a menudo. Esto muestra la importancia de las relaciones humanas: sin relación alguna, la persona se debilita y puede llegar incluso a dejarse morir. Con respecto a los otros, el niño querrá mostrarles una imagen en la que él se reconozca, y continuará integrando lo que digan de él. Acumula experiencias positivas y negativas que ponen de relieve, a la vez, aspectos buenos y menos buenos de sí mismo.

Si bien la imagen se forma desde la primera infancia, la persona va integrando todas las experiencias a lo largo de su vida. La imagen comporta, pues, una parte fija, constituida a partir de las primeras relaciones, y una parte variable, que puede modificarse en función de los acontecimientos de la vida. Vivir con su propia imagen puede conllevar un aspecto confortable. Por ejemplo, algunas personas empiezan a ir mal cuando aparece un cambio importante en sus vidas, como puede ser la jubilación o cuando un hijo deja la casa familiar. Son sobre todo los casos de personas que han basado su existencia en su profesión o en el papel de padres o en el éxito social. Este aspecto puede suponer un estímulo para abandonar la referencia a esa imagen, y elegir la referencia a su vida profunda para apoyarse en ella.

La imagen está formada por estos tres aspectos: el aspecto negativo, el aspecto idealizado y el aspecto ajustado.

En el **aspecto negativo** la persona sólo ve su lado negativo. Puede incluso exagerarlo, no reconoce sus competencias, sólo ve lo que le falta, se considera a menudo insignificante a los ojos de los demás. No puede ver objetivamente cómo es y si alguien le subraya sus aspectos positivos, los rechaza. Quizá, en la infancia, a esta persona la han comparado con un hermano o hermana, y ha acumulado experiencias en el transcurso de las cuales ha percibido que sus padres no estaban contentos con ella. Las personas de su entorno que eran importantes para ella le exigían más, subrayando sobre todo sus fracasos y sus faltas.

Los fracasos experimentados luego en la vida refuerzan el lado negativo de la imagen y son los responsables de la aparición del mecanismo de la duda de sí misma: duda de sus aspectos positivos, de su inteligencia, de su memoria.

Cuando alguien vive sobre todo los aspectos negativos de su imagen, antes que nada, debe aceptar que es así como se ve, para poder progresar hacia una visión más ajustada de sí; pero lo rechaza por reflejo, y se convierte así en la imagen que tiene de sí misma si se despierta el aspecto negativo. Se cree “nula” o “fracasada”, cuando debería decirse: “es mi imagen, tan sólo mi imagen, me veo como si fuera una persona nula”. El aspecto negativo puede revelarse con frecuencia, lo cual despierta un malestar considerable

que la turba. En este caso, es importante que la persona reconozca que es víctima de un fenómeno momentáneo que no se corresponde con su realidad. Con este entrenamiento, aprende a desdramatizar.

No obstante, no será suficiente con aceptar la imagen. Es también necesario abrirse a la posibilidad de existir de otra manera. Es necesario que esté atenta a los ámbitos en los que acierta, en los que sale adelante, tomando conciencia de lo positivo que reflejan para, inmediatamente, registrar que esto también forma parte de ella.

En el **aspecto idealizado**, la persona pone de relieve sus aspectos positivos. Esto corresponde a veces a su sistema defensivo: mantiene a distancia a los otros, defendiéndose de lo negativo que le devuelven de ella. En ciertos momentos, “desempeña” un papel o interpreta un personaje mediante el cual intenta descartar las eventuales críticas. Interiormente, sabe que ella no es así; sin embargo, cuando habla con los otros, le costará admitirlo.

Algunas personas han desarrollado su aspecto idealizado y tienen una idea muy elevada de sí mismas, desean que los otros las vean así. Su vida está organizada alrededor del éxito social, como sentido último de su existencia.

En otros casos, el aspecto idealizado de una persona se esconde bajo una capa de pensamientos negativos, de los que hace gala en una primera aproximación a los otros. Aquí, la persona quiere mantener un cierto poder sobre los otros, de otro modo se sentiría desposeída. Una persona dice:

“Yo no quiero estar en primera línea. No soy suficientemente inteligente, los demás lo comprenden todo mejor o lo presentan mejor. Sin embargo, me gusta manejar el tinglado desde mi escondite. Me gusta mucho asociarme, así, al poder en mi empresa”.

En su origen, el aspecto idealizado se forma en el medio familiar, muy preocupado éste por el éxito social y donde se aprecia al niño en función de este criterio. Se le refleja al niño su “éxito” tanto en la sociedad como en la clase. Se pone el acento sobre el *parecer* en lugar de sobre el *ser*. Un niño que crece en este tipo de sistema se va estructurando progresivamente no por lo que es en profundidad, sino por los éxitos que los otros le reflejan de sí mismo.

Para evolucionar hacia una visión más ajustada de sí, es importante que la persona reconozca que tiene tendencia a idealizar algunos de sus propios aspectos y de su vida, que identifique su tendencia a *parecer*, para cuestionarse sobre cómo vivir otro tipo de jerarquía que parta del *ser* en lugar del *parecer*.

Llevar una vida a partir de lo mejor de sí puede hacer que desaparezca esa tendencia a la idealización de uno mismo.

En los fracasos es importante estar atento a los mecanismos de evitación de la sensación negativa, cuyo significado es éste: ante cualquier dificultad, la persona restablece su equilibrio interior mediante la huida, compensando así sus sensaciones negativas; el hecho de comer demasiado o alcoholizarse “para subir la moral” contribuye a esta huida. Pero debe adiestrarse en la asunción de sus sensaciones negativas para poder analizar a continuación las causas de su dificultad. Aquí acecha la trampa de querer reconquistar la estima del prójimo, sin que importen los medios. Sería mejor que intentara vivir de otra manera, siempre a partir de lo que hay en lo más profundo de sí.

En el **aspecto ajustado**, la persona aprende a verse a partir de sus propias percepciones y de su experiencia, integrando tanto sus aspectos positivos como negativos. No tiene inconveniente en reconocer ante los otros sus limitaciones o su riqueza cuando éstos las reflejan. Los reflejos positivos no le provocan una sensación de entusiasmo o de euforia; los reflejos negativos no comportan sensaciones de desvalorización ni de duda sobre sí misma. La percepción que tiene de sí misma no es ni rígida ni inamovible. En el curso de su crecimiento, su imagen cambia y evoluciona, ya que tiene la capacidad de integrar elementos nuevos, una vez verificada su exactitud a partir de su experiencia.

Frente a las críticas y a los reproches, la persona es capaz de dejar que la pongan en cuestión, de forma sana, tranquila, y no busca una justificación a cualquier precio. Al mismo tiempo, puede tomar interiormente la distancia necesaria que le permita discernir y verificar el valor de sus actos, de sus actitudes y de su comportamiento.

Es importante ajustar la imagen que se tiene de sí para rectificar los aspectos negativos o idealizados. El desajuste puede llegar a convertirse en un reflejo nuevo para reencontrar lo mejor de sí.

En lo concerniente a las ideas recibidas, existen numerosos lazos entre el alcohol y la imagen que uno tiene de sí mismo, por ejemplo: el alcohol que “da fuerzas” se apoya en la ilusión de sentirse más fuerte debido a la euforia que se siente bajo la influencia del alcohol. En realidad, si se sobrepasa una cierta dosis, que varía en función de las personas, el alcohol produce fatiga.

“Cuando se realiza un trabajo físico, se puede beber, ya que se elimina”, o “un trabajador que hace esfuerzos, necesita su dosis de alcohol”; las personas que hablan de este modo justifican su alcoholización, pues cuando dicen que “le hace falta” alcohol, es que lo necesita como si se tratara de un alimento suplementario. Ahora bien, en realidad la eliminación fisiológica del alcohol sigue una curva de desintoxicación fisiológica en el cuerpo que no se modifica mediante el trabajo físico.

“Yo aguanto el alcohol”, pueden decir otros. “Lo digiero bien”, dicen de su costumbre de beber. Aguantar el alcohol es un signo de dependencia: debido al fenómeno denominado tolerancia al alcohol, algunas personas pueden beber mucho más que otras, antes de acusar sus efectos sobre el psiquismo, lo que les induce a aumentar las dosis ingeridas.

Se puede asociar el alcohol a la idea de poder “ir de fiesta”. Una fiesta sin alcohol es considerada una fiesta triste. En el fondo, las personas que no consiguen distenderse ni hablar con los demás sin alcohol lo que buscan es superar ciertas inhibiciones mediante la ingesta de este producto.

Al beber alcohol, la percepción de uno mismo, es decir, la imagen de sí se modifica. Durante la alcoholización, una persona tiene tendencia a poner por delante sus cualidades; a veces, al beber se siente más fuerte en el grupo o frente a los otros. Algunos llaman a esto “la máscara”. Detrás de esa fachada se esconde la persona verdadera. Es un comportamiento defensivo. En su conversación, exagerará sus proezas y éxitos, pero pueden ser totalmente inventados. Por ejemplo, tras el fracaso de su empresa, un paciente dice a sus amigos: “puedo conseguir el empleo que yo quiera”. Sin embargo, por la mañana, tras una noche de alcohol, los pacientes pueden caer en el desánimo de su aspecto negativo con el consiguiente sentimiento de culpa y, si viven en pareja, piden perdón y hacen promesas de abstinencia. Todo esto ocasiona

una alternancia, bastante característica en los pacientes alcohólicos, entre la sobreestimación del aspecto idealizado, y el pozo del aspecto negativo.

Cuando los pacientes empiezan a ser conscientes de sus aspectos positivos, trabajando al mismo tiempo en su abstinencia, aprenden a reajustar su imagen con una visión más ajustada de ellos mismos. Dejan caer su máscara, consintiendo en verse tal como son y dejándose ver de ese modo por los demás. Esto les permite vivir de forma diferente, partiendo de lo hay en el fondo de sí mismos y evitando la trampa de esa alternancia sin fin entre los dos extremos de la imagen.

EL IDEAL DE UNO MISMO

A diferencia de la imagen de sí mismo, que corresponde a la manera en que la persona se ve, el ideal de sí mismo manifiesta la manera en que la persona querría verse y cómo quiere ser vista por los demás. Observa los modelos de su entorno, comparándose y puede entrar en competición con ellos. Si se identifica con uno o varios de esos modelos, integra lo que percibe como ideal en esas personas y quiere convertirse en ese ideal. Del mismo modo que la imagen, es también un fenómeno más o menos consciente.

Como la imagen, el ideal de sí mismo origina muchos actos y decisiones. Es importante intentar vivir un ideal realista que se ajuste a las potencialidades de la persona, si se vive así, la persona encarnará aquello en lo que aspira convertirse, lo que constituye uno de los motores del progreso de la humanidad.

El ideal se construye desde la infancia a partir de tres vertientes:

La persona trata de corresponder a las **expectativas de los otros**. Quiere satisfacerlos y complacerlos.

En el fondo de sí misma, **aspira a llevar a cabo lo mejor que hay en sí**. Esta aspiración le aporta la intuición de lo que puede llegar a ser y trata de conseguirlo.

En otro nivel de sí misma, en el nivel mental, hay **ambiciones**. Ambiciones sanas y realistas que se apoyan en un análisis de sus capacidades reales;

pero existe también el riesgo de pasarse de la raya y embriagarse con el esfuerzo y el éxito a costa de las fuerzas físicas. Haciendo esto, la persona ya no se centra en sí misma, se puede decir que: “se ha convertido en sus ambiciones”, puede tener una apariencia desequilibrada, muy concentrada en algo, a veces, artificial.

El niño es sensible a las **expectativas de los otros**. Sus padres o las personas que desempeñan un papel de cierta autoridad tienen exigencias sobre él: cuando el niño o el adolescente intenta conseguir los objetivos que estas personas proponen, está motivado por el amor hacia ellos o porque quiere ser reconocido por ellos o incluso ser amado por ellos. Así, se va estructurando lentamente en él la imagen de lo que debería ser y esta imagen se convierte, poco a poco, en un ideal personal.

El mecanismo de las expectativas del entorno desempeña su papel a lo largo de toda la vida, con diferentes grados de intensidad, en la medida en que una persona adulta elige a quien corresponder. En mayor o menor grado, una persona intenta responder a lo que esperan de ella esas otras personas, cuyo aprecio, afecto, reconocimiento o ventajas materiales desea.

La sociedad contribuye a la formación del ideal valorizando determinados tipos de hombres y de mujeres, por ejemplo: ser delgado, emprendedor, dinámico, deportivo. Cada uno de nosotros está más o menos impregnado de estos modelos y nos influyen en mayor o menor medida, en función del grado de dependencia que experimentemos en relación con ellos.

En estos ejemplos, lo que pretenden las personas es dar una buena imagen de sí mismas: la imagen que se espera de ellas y que les da derecho a ser reconocidas, aceptadas y apreciadas por el entorno.

Viviendo sus **aspiraciones profundas**, cada cual intenta desarrollar sus potencialidades y convertirse en lo que él o ella es realmente, mediante un dinamismo inconsciente. Estas aspiraciones contribuyen a la formación del ideal que representa o visualiza el deseo de ser más. Las potencialidades existen realmente, pero la persona no es forzosamente consciente de ello.

Las aspiraciones también son reales, pero la persona puede tan sólo percibir su deseo, sin haber conseguido relacionarlo todavía con su potencialidad. Y es la potencialidad lo que produce cosas concretas. La

aspiración sola se comporta a veces como un bonito sueño que no llega a realizarse y, cuando la persona se percata, se decepciona y a veces siente amargura.

Por esta razón, la visualización de estas aspiraciones dentro de un ideal determinado (tal profesión, tal modo de vida, tal modelo de realización) es a veces poco realista. Aquí se mezclan las expectativas del entorno con los modelos de la sociedad. Así pues, este ideal puede ser engañoso.

Sin embargo, las potencialidades y las aspiraciones se han de tomar en serio en la vida. Se pueden tomar las aspiraciones como hilos conductores que permitirán identificar las potencialidades.

Existe una interacción entre las expectativas de los otros y las aspiraciones que hay en lo profundo de uno mismo: puesto que las aspiraciones son “la voz” de las potencialidades que ayudan a la persona a concienciarse de lo que lleva dentro de sí misma, y le permiten avanzar hacia la realización de quien es en realidad. Esto se convierte en el objetivo de su vida, aportándole una verdadera felicidad, sólida y duradera. Descubre así su capacidad para salvar las dificultades y los sufrimientos que, forzosamente, le traerá la vida. Pero en la realización de uno mismo pueden interferir las expectativas del entorno, y el funcionamiento y el juicio de la sociedad. Por ejemplo, a una determinada persona le ocurría que, con frecuencia, tomaba conciencia de su deseo de aprender a cantar; en el pasado le dijeron que cantaba mal o que no tenía oído para la música. En ella se ha estructurado una imagen negativa en la que se dice a sí misma que es incapaz de cantar. Pero cuando se toma en serio su deseo de cantar y empieza a tomar clases de canto, ha comprobado que puede cantar y hacer progresos. En este ejemplo, el ideal puede ser denominado así: poder cantar.

Esta interacción tiene lugar a lo largo de toda la vida: en la infancia, los padres pueden reconocer y favorecer las potencialidades que el niño lleva dentro. Pero también puede ocurrir que, si tienen otras expectativas, intenten dirigir al niño no siempre en coherencia con sus potencialidades, incluso puede que lo hagan de forma opuesta a éstas.

A partir de la adolescencia, el niño comienza a escapar a la influencia de sus padres y de sus sustitutos. Es muy sensible a los jóvenes de su edad y a

las diversas corrientes existentes en la sociedad, cuyas influencias pueden despertar sus potencialidades y favorecer el desarrollo de lo que hay en el fondo de sí mismo; pero también pueden despertarle deseos y anhelos que no se correspondan con él.

El mismo fenómeno puede producirse en la edad adulta, en las relaciones de pareja, donde el compañero o la compañera desempeñará un papel capital: tanto puede favorecer el desarrollo de lo que hay en el interior del otro, como introducir fuerzas destructivas.

Respecto a las **ambiciones a nivel mental**: este nivel de la persona se sitúa a distancia de su fondo, como si lo observara y analizara; siendo un nivel más superficial, a menudo puede funcionar en solitario sin preocuparse de lo que la persona lleva en su interior. Dicho de otro modo, convirtiéndose en sus ambiciones, la persona puede vivir tan sólo para éstas si se trata de una ambición en desacuerdo con su realidad profunda. Por ejemplo, una persona puede tener una ambición de poder: poder sobre los otros o poder político. Decir a los otros lo que deben hacer puede comportarle una embriaguez de poder, es un funcionamiento egocéntrico. De este tipo de personas, a veces se dice que: “sólo viven para sus ambiciones”. Ahora bien, en cualquier tipo de cargo existe el poder de la responsabilidad, éste puede ejercerse mediante una aproximación que priorice la escucha de las necesidades de las personas en primer lugar y, en caso de encontrar problemas, intentando encontrar una solución adecuada.

La ambición normal traduce el deseo de convertirse en la persona que se es en lo profundo, donde radican las potencialidades, las cuales, sin embargo, tienen unos límites. Por ejemplo, toda persona tiene una inteligencia..., pero la inteligencia de cada cual se ha desarrollado y formado de diferente forma, expresándose en los campos o especializaciones que le son propios. Ahora bien, puede darse el caso de que una persona se compare con otra, con el consiguiente riesgo de desvalorizarse o bien sobreestimar-se –lo cual crea un desfase y puede acarrear una ambición desproporcionada a su realidad profunda. La ambición puede pues funcionar por sí misma, con autonomía, movilizand o energías a costa de las fuerzas de la persona. Por el contrario, cuando una persona trabaja sobre sí misma, observándose, se

da cuenta de esa tirantez, repara el malestar ligado a ese funcionamiento, y le permite reajustarse. Este trabajo concierne a la justa apreciación de la propia riqueza personal, que posee un innato dinamismo de crecimiento, y también facilita tomar conciencia de los propios límites.

Alcoholizándose, las personas pueden estar intentando alimentar el ideal de sí mismas, inconscientemente, por ejemplo, querer “sentirse fuerte”, o más sencillo aún, querer “ser como todo el mundo” o querer siempre “sentirse bien”. El consumo de otros productos psicoactivos (cannabis, heroína, éxtasis...) tiene la misma finalidad. Otro ejemplo es la identificación con el grupo: “no podía rechazar la copa que me ha puesto en la mano, estaba obligado a bebérmela” podemos escuchar. Cuando no se alcoholizan, las personas deben renunciar a este tipo de reconocimiento por el grupo y deben buscar otra manera de sentir que existen.

El fenómeno del ideal de sí mismo se mantiene tras la privación o tras una cura. Al tomar conciencia del efecto destructivo del alcohol, sobre sí mismo y sobre los otros, un paciente quería formar una organización para “cerrar todos los bares”. Darse cuenta de que esta lucha estaba abocada al fracaso precipitó su re-alcoholización. Después, tomó conciencia de que había querido quemar etapas y de que debía trabajar primero en su reconstrucción personal.

Es importante tomar conciencia del origen de los deseos, palabras y acciones personales. Algunos de ellos nacen de ideas o ambiciones mentales, otros parten de las necesidades o caprichos de la sensibilidad o incluso de lo más recóndito. Si una persona se compara con otra, a menudo se desvaloriza porque siente que ella es peor. Si quiere responder a las expectativas que los otros tienen de ella, entra en competición con aquel a quien se ha comparado. El resultado de todo esto es un ideal de sí decepcionado.

El ideal de sí pasa a ser realista cuando encarna aspiraciones relacionadas con las potencialidades del ser. Esto tiene un efecto muy estimulante sobre las personas; descubren el sentido de sus vidas persiguiendo el objetivo de convertirse en ellas mismas. De este modo, consiguen separarse de las expectativas que los otros tienen con respecto a ellas, aprendiendo a actuar por sí mismas y liberándose de las dependencias de otro tiempo.

INTELIGENCIA, LIBERTAD, VOLUNTAD: TRES FACULTADES MENTALES INDISPENSABLES

Por su capacidad de análisis y de comprensión, la inteligencia prepara para tomar decisiones. Esta función se ejerce mediante la libertad y, después, gracias a la voluntad, una persona pone en práctica lo que ha comprendido y decidido.

En el nivel de las facultades mentales, que se experimentan en la cabeza, se viven exigencias y necesidades específicas:

- La necesidad de comprender lo que pasa dentro de uno mismo, lo que concierne a las relaciones, lo que concierne al funcionamiento humano en general, para comprender los mecanismos de la vida y de la naturaleza.
- Curiosidad por todo lo que es nuevo y atractivo.
- Exigencia de coherencia en las relaciones, comenzando por las familiares, y siguiendo con las de pareja y de trabajo.
- Necesidad de vivir en la luz y no en la oscuridad, en razón de la cual la persona intenta descifrar lo tácito en una relación y llegar al fondo de los malestares.
- Exigencia de elegir libremente el contexto de su vida y sus relaciones.
- Necesidad de invertir en lo que contribuye a la realización de la persona, consagrandos esfuerzos, dinero, energía.
- Etc.

Cada cual ha hecho suyos un cierto número de principios, de leyes, de esquemas, de normas, de imágenes que influye en su pensamiento y en sus acciones. Una parte de estas leyes llega por influencia de los otros; otra parte, en cambio, se ha constituido a partir de la experiencia de cada persona porque ha juzgado que son buenas para sí misma y para conducir su vida.

En lo que respecta al paciente dependiente del alcohol, con frecuencia se le reprocha que “no tiene suficiente voluntad”, pero la única cosa de la que no es capaz es detener por sí mismo su consumo de alcohol. Tiene “buena

voluntad” para dejar de beber... pero la necesidad física le impide tomar por sí mismo la decisión de detener su consumo. Y, en ciertos casos, no comprende la necesidad de dejarlo, o se niega.

La inteligencia

La inteligencia tiene la función de conocer y comprender la realidad (la propia y la del mundo circundante), reflexionar y razonar. Informada por las sensaciones, la inteligencia descifra los mensajes vehiculados por la sensibilidad; le pone palabras a lo que la persona percibe y siente. Lo que no es más que una impresión, una intuición, una necesidad o una sensación experimentada pero no formulada tiene lugar también en el ámbito del conocimiento de la conciencia clara.

Cuando la inteligencia funciona armoniosamente, trabaja con la exigencia de formular exactamente las realidades percibidas, se trata de su funcionamiento preciso. Su aplicación aporta felicidad, la felicidad de comprender y avanzar gracias a una mejor aprehensión del contexto y de la vida en general. No hay desfase entre el sentido y las palabras y expresiones que se emplean para describir lo que las sensaciones perciben. Carl Rogers¹ emplea el término “congruencia” para expresar esta adecuación. Con esta manera de funcionar, la inteligencia experimenta simultáneamente rigor y apertura. No excluye lo que constata en la percepción que tiene en la actualidad. Permanece abierta a todo lo que pueda enriquecer su conocimiento de la realidad, aunque tenga que modificar sus representaciones anteriores, a partir de las cuales haya tomado decisiones y realizado acciones. De este modo, el funcionamiento ajustado y correcto de la inteligencia está siempre acompañado de humildad frente a la vida en constante progresión. La vida evoluciona, conlleva aspectos inesperados y desconcertantes, y raramente se presenta como la persona la había imaginado, querido, previsto. La inteligencia puede funcionar de manera ajustada, se enfrenta a un trabajo de reajustes constantes de la imagen que la persona se ha hecho de sí misma, de los otros, de la vida, de todo tipo de realidades.

1. Carl ROGERS, *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, 1998.

Dificultad o negación de conseguir un funcionamiento ajustado de la inteligencia

El funcionamiento de la inteligencia está ligado siempre a la imagen de sí mismo, al ideal de sí mismo, a la sensibilidad, al cuerpo, a lo profundo de sí mismo, y al entorno. Tendrá dificultad para aceptar un real que la empuja. Podemos tomar como ejemplo los diferentes grados de negación en relación con el consumo de un producto psicoactivo. La negación impide al paciente concienciarse de su problema; Goldsmith y Green² han establecido una escala para evaluar la negación.

En el primer nivel el paciente dice que no tiene problemas con el alcohol: “yo no bebo”. Aquí hay que entender que el paciente quiere decir que no bebe todos los días pero que puede beber de vez en cuando una copa, o bien que bebe en las comidas pero no en el bar, o a la inversa.

En el segundo nivel, el paciente niega siempre que tiene un problema con el alcohol, pero evocará determinados problemas en su vida. Este puede ser el caso de los pacientes que dicen que es su esposa quien les ha forzado a consultar, y que aceptan hablar de las dificultades de las relaciones familiares.

En el tercer nivel, el paciente reconoce que el alcohol contribuye a crear dificultades en su vida, pero está convencido de que puede controlar esas dificultades. Se trata, por ejemplo, de los pacientes obligados por el juez a realizar un tratamiento, tras un control de alcoholemia con retirada del permiso de conducir. Aunque a menudo lo minimizan, no pueden negar que han tenido un problema con el alcohol.

En el cuarto nivel, el paciente acepta la idea de que tiene un problema grave con el alcohol, que la abstinencia puede ayudarle, pero sigue pensando que puede controlar su consumo. Los pacientes pueden decir que sus alcoholizaciones han sido cada vez más fuertes o próximas, que han afectado a las personas de su entorno y que han reaccionado con excitación a veces, e incluso con violencia, pero siguen sosteniendo que no consumen alcohol todos los días, lo que les lleva a argumentar: “puedo dejarlo en cuanto quiera”.

En el quinto nivel, el paciente reconoce que tanto su consumo como su vida son incontrolables. Constata que ya no puede hacer las tareas necesarias

2. GOLDSMITH y GREEN, *Denial Rating Scale*, traducido al francés por Philippe Batel, Dupont, 1997.

en la casa cuando vuelve del trabajo, reconoce que comete errores en el ejercicio de su profesión, que tiene problemas de memoria...

En el sexto nivel, afirma que es fácil sobrellevar la abstinencia –esta fase corresponde a la “luna de miel” de la remisión.

En el séptimo nivel, el paciente reconoce que la abstinencia es difícil, pero está preocupado, sobre todo, por el ejercicio del control y por la resolución de sus problemas.

En el octavo nivel, el paciente es consciente del hecho de que puede controlar su vida sin el alcohol; reconoce las dificultades de su vida que está empezando a explorar; admite definitivamente que es un alcohólico, un enfermo, y sabe que la recaída puede llegar en cualquier momento, pero esta idea no le asusta pues ha tomado la determinación de hacerse cuidar en caso de recaída.

A pesar de la claridad de estos ocho niveles descritos, se trata más bien de un continuum. Un paciente puede tener un momento de lucidez y reconocer su problema, para negarlo a continuación. La dependencia física crea una falta que reclama el producto, y la nostalgia del placer de los inicios de la alcoholización reaviva el deseo de alcohol. Ambos fenómenos son responsables de “flashes” que pueden provocar una alcoholización y que persisten mucho tiempo después de la privación, durante todo el tiempo del trabajo de la abstinencia.

El testimonio de este paciente puede ilustrar el caso de negación:

“Me puse a beber mucho –pero tengo mucho aguante–, frecuentaba las discotecas, me lanzaba a aventuras sentimentales imposibles y sin salida, malversaba dinero, me iba hundiendo más y más en mi trabajo. Hoy, me extraña que pudiera llegar a ser eficaz tras las noches en blanco, en las que tomaba el primer tren para ir a ver a los clientes o tomar las instrucciones a tiempo. Fue durante este periodo cuando mentía habitualmente y disimulaba, cuando me metía en situaciones imposibles; y me sentía muy listo al poder salir de ellas. Se convirtió en un juego, nunca estaba tranquilo, siempre con un sentimiento de angustia subyacente. Sentía la soledad como un tormento despiadado y tenía una necesidad visceral de ser comprendido y amado; frente a mí sólo había vacío”.

Cuando hay disfunciones más específicas, la inteligencia puede comenzar a razonar por sí sola mediante un **funcionamiento cerebral**. Las personas sienten placer desarrollando sus ideas y todo gira alrededor de sí mismas; en una conversación, hablan de sujetos a los que no conocen verdaderamente pero hablan de los otros como si los conocieran, opinando y dando consejos. Tienen ideas preconcebidas, no necesitan escuchar a los otros, están encerradas en su mundo de ideas. Hacer tambalear su sistema de pensamiento es hacer que se tambaleen ellas por completo, lo que provoca que su sistema defensivo produzca discursos que intentan convencer a los otros, y no aceptan que se les contradiga. Este funcionamiento cerebral puede experimentarse en algunos ámbitos y no en otros.

Existen dos variantes del funcionamiento cerebral: el mecanismo de justificación y el mecanismo de desvalorización de sí mismo. Mediante el mecanismo de **justificación**, la persona atribuye un sentido a una palabra o a un comportamiento propio para defenderse contra la absurdidad, la ausencia de sentido. Es el caso del enfermo alcohólico, que se alcoholiza tras una frustración cualquiera que esta sea: “tras la muerte de mi mujer, me sumergí en el alcohol” pueden decirnos. Los ejemplos en que justifican la alcoholización por circunstancias externas son numerosos. En estos casos, podemos preguntarles de qué se protegen cuando actúan así, pues todo mecanismo, incluso una disfunción, tiene al principio la función positiva de aligerar un sufrimiento.

El mecanismo de desvalorización de sí mismo podría también denominarse denigración de sí mismo. La persona tiene una nefasta imagen de sí misma, no se cree capaz de realizar nada: duda de sí misma, no tiene ninguna iniciativa, se contenta con hacer lo que cualquier otra persona le dice; cuando tiene que hacer algo ella sola, se angustia ante la tarea y tiene tendencia a huir. No obstante, en la desvalorización de sí mismo hay un fenómeno de complacencia: la persona despliega todo lo negativo ante los otros. “Exagera”, rechaza asumir su responsabilidad, se vuelve rígida. Se esconde detrás de esta imagen negativa, se aferra a una imagen de fuerza que no quiere abandonar, para no correr el riesgo de enfrentarse a la realidad, pues tiene un miedo terrible al fracaso, ya que heriría su narcisismo. Prefiere denigrarse. Este funcionamiento se constata en ocasiones en los enfermos alcohólicos

durante una alcoholización: el paciente explica sus desgracias y también el motivo por el cual a él no le serviría de nada dejar de beber, dicho de otro modo, con esta manera de funcionar el paciente experimenta el poder absoluto del estado alcohólico.

La **atonía de la inteligencia** significa que la inteligencia no está funcionando ante un problema determinado o en un terreno concreto. Atonía no quiere decir insuficiencia. Pueden acusar este fenómeno personas con un conciente de inteligencia superior al normal e incluso superdotadas. Con la atonía, una persona tiene la impresión de no entender nada, de no poder hacer nada y de haber dejado de comprender. La sensación que tiene es de parálisis, de bloqueo de la inteligencia. A nivel sensitivo, se da a menudo un enloquecimiento, pues la persona se siente como ante un vacío. Amplifica de forma desmesurada la dificultad real del problema que hay que resolver. Si tratamos de explicarle lo que no comprende, parece no entenderlo. Es el vacío. Este funcionamiento viene acompañado de profundas dudas... Y desde ahí, es fácil que se deslice hasta decir: “no soy inteligente”. En el origen de estas atonías está a menudo el hecho de que, en la infancia, estas personas han sido víctimas de violencia por parte de personas importantes para ellas.

La libertad

Ser libre significa poder elegir, sea cual sea el resultado de lo que se elige. Tomamos decisiones a lo largo del día, de cada día, y no somos conscientes de la mayoría de ellas. Así pues, no medimos el alcance de nuestros actos. Ser libre significa también asumir la responsabilidad de nuestras decisiones. Podemos describir diversos funcionamientos relacionados con la libertad:

El **funcionamiento libre** es la expresión de la facultad de elegir y decidir. Aparece tardíamente en la evolución de la persona, al contrario que otras funciones; “es como una función última en el proceso de humanización de un individuo”³, que accede así al libre albedrío, responsabilizándose de sus actos.

Al principio de la vida, los otros deciden por uno; inmerso en la eferescencia de sus necesidades, deseos, ideas que atraviesan su espíritu,

3. PRH INTERNATIONAL, *La personne et sa croissance*, Lexies, Toulouse, 1997.

reacciones, mensajes que empiezan a llegarle de su conciencia profunda, el niño no es demasiado consciente de lo que le ocurre y, por consiguiente, no puede distinguir lo que es bueno para él de lo que no lo es. En ocasiones es poco consciente de la justificación de lo que le dicen que debe hacer. Depende de su entorno, pues por sí solo no puede satisfacer sus necesidades vitales, físicas y psicológicas. Experimenta, pues, un funcionamiento de dependencia y se conforma a lo que le dictan los otros; de este modo, recibe lo que necesita, es decir: afecto, reconocimiento y seguridad. Dicho de otra manera, el niño necesita que sus padres se anticipen a sus actos y vean más allá que él, necesita que le pongan límites claros. Así, él podrá hacer el aprendizaje del bien y del mal, y de lo que será bueno para él y para su crecimiento.

En la adolescencia, la libertad toma a menudo esta forma: “hago lo que quiero y lo que tengo ganas de hacer”. Los jóvenes pueden expresar así su necesidad de libertad mediante una reivindicación, diciendo a sus padres: “¡dejadme!”. Es una etapa necesaria de contra-dependencia respecto a las leyes externas, ya interiorizadas sin embargo, y respecto a las personas que representan esas reglas; pero al mismo tiempo y de modo contradictorio, permanece el funcionamiento de dependencia. Este funcionamiento es normal en el niño y en el adolescente, pero puede prolongarse a la edad adulta y convertirse, además, en una disfunción habitual. La contra-dependencia también puede prolongarse mucho más allá de la adolescencia y convertirse en una disfunción habitual. Aparece cuando los padres o tutores no se preocupan de desarrollar las referencias a la conciencia profunda y mantienen su tutela por costumbre o inseguridad; esto mientras la persona encuentra beneficio en lo que los otros deciden por ella o mientras prefiera dejarse guiar por la tiranía de sus necesidades.

Dependencia y contra-dependencia pueden a veces alternarse en una misma persona en función de los acontecimientos de su vida o en función de sus relaciones con otras personas. A algunas personas se les despertará más el funcionamiento de oposición y contra-dependencia y otras, en cambio, tendrán tendencia a la sumisión y la dependencia. “La contradependencia en mí, es esta ambigüedad de querer actuar solo y al mismo tiempo colocarme en posición de sumisión”, escribe un paciente.

La inteligencia, en particular mediante su funcionamiento correcto y ajustado, desempeña un papel capital para que la persona se abra a la realidad en su totalidad y la acepte con el fin de ser libre y autónoma.

Mediante sus disfunciones específicas, la **alienación de la libertad** comporta la pérdida de la capacidad de elegir libremente; algunas personas no han aprendido a elegir libremente y siempre toman como referencia la opinión de algún otro, en el fondo se trata de una dependencia afectiva. La enfermedad alcohólica hace sentir la necesidad del cuerpo que reclama alcohol. El paciente pierde su capacidad de elegir –en este caso, parar de beber– y, por lo tanto, de controlar su consumo cuando comienza a beber, y es a partir de un determinado punto de no retorno, muy difícil de definir de manera objetiva, cuando empieza realmente a ser dependiente del alcohol. Todos los pacientes están preocupados por la búsqueda de su producto, aunque no se alcoholicen todos los días. Algunos consiguen controlarse durante la semana, para alcoholizarse masivamente durante el fin de semana –estas personas también son dependientes del alcohol.

La alienación concierne a diversas necesidades: la necesidad del cuerpo que hace que el alcohol se convierta en un alimento suplementario, lo cual significa una dependencia física; la necesidad sensitiva de sentirse calmado, menos estresado o menos angustiado, menos triste, de poder evadirse de los problemas o claramente huir de ellos; existen necesidades de relación, que es un factor de dependencia psíquica: necesidad de ser reconocido y aceptado por los otros, de identificarse con los otros, que también beben, y necesidad de ser como todos, es decir, normal.

La **indecisión**: ocurre que la libertad se siente impotente de hacer una elección; se puede hablar de atonía de la libertad; este fenómeno está inducido con frecuencia por la atonía de la inteligencia, por la incapacidad de comprender lo que ocurre, de ver claro dentro de sí y de tener confianza en sí mismo. No es que la decisión que ha de tomar sea compleja, sino que la libertad y/o la inteligencia ya no funcionan. El siguiente testimonio ilustra lo que siente quien no puede tomar decisiones:

“En cierta manera, cualquier decisión que debía tomar suponía un sufrimiento. Ante el hecho de tener que tomar una decisión, incluso simple y sin consecuencias terribles, daba vueltas y vueltas, dudaba,

estaba incómodo... me sentía como prisionero, encerrado en una habitación sin salida, o mejor dicho con dos puertas de salida, una sería el SÍ, la otra el NO. Este funcionamiento estaba siempre acompañado de miedo: miedo de que me descubran, miedo de hacer daño, miedo de un peligro no elucidado. A nivel sensitivo, acusaba una especie de duda que crecía y que provocaba malestar e inseguridad, una sensación de impotencia que se revelaba en el cuerpo acusando abatimiento, fatiga y al mismo tiempo una especie de agitación que a menudo me producía insomnio”.

El funcionamiento libre o autónomo aparece cuando la persona va teniendo cada vez más en cuenta su conciencia profunda, cuando adquiere la capacidad de existir en el fondo de sí misma y consigue despegarse de las alienaciones que ponían trabas al ejercicio de su libertad. Éste es el funcionamiento normal de la persona. Actuando así, puede:

- Tener en cuenta todos los elementos que hay que considerar cuando se ha de tomar una decisión: los otros (sus expectativas, sus puntos de vista, sus reacciones, sean actuales o previsibles), la situación en relación con los acontecimientos y las condiciones materiales, y a sí mismo, sus reacciones y sus necesidades.
- Tomar distancia frente a diversos elementos para experimentar si la decisión ayudará a afirmar más sus potencialidades, si será aceptada por toda su persona, es decir, si no le impondrá más frustraciones a su sensibilidad y a su cuerpo, y si se adaptará a la situación concreta y a los otros tal como son.
- Tener una sensación de dominio de sí misma, que quiere decir que esta decisión le aporta la sensación de haber actuado en libertad, sin dejarse dominar por los otros.
- Tener una sensación de paz profunda y de satisfacción de sus necesidades, de lógica y de coherencia.
- Tener una sensación de fidelidad a sí misma y de crecimiento personal.

Este testimonio ilustra cómo el funcionamiento libre es una expresión de la vida más allá del sufrimiento:

“Tenía una necesidad de creatividad; también de llegar siempre más allá, incluso cuando la recaída o recaídas eran duras. Me gustan los retos; me decía a menudo ¿por qué no intentarlo?: después de todo sería una experiencia diferente y no viviría la rutina de ir de casa al trabajo y del trabajo a casa... Mi consigna: no existen las faltas sólo los errores, y los errores se corrigen”.

Mediante este funcionamiento libre y autónomo, la inteligencia desempeña un papel fundamental. Está abierta, es imparcial y humilde para aceptar todos los elementos de la realidad y coloca a la persona en su libertad interior. A veces es difícil, ya que algunas demandas son tentadoras y nos abocan a una gratificación inmediata. La libertad se conquista a ese precio, así la persona abandona el principio del placer para elegir el principio de realidad, como decía Freud.

La voluntad

Para definir voluntad, podríamos decir que es una facultad de las personas que moviliza sus energías, haciendo esfuerzos para realizar aquello que la persona ha decidido.

Visto de este modo, parece pues claro que la voluntad no es la primera que interviene en una acción o comportamiento, sino que lo hace únicamente tras el análisis de la situación y la evaluación de las posibilidades de cada cual para investirse, lo cual es trabajo de la inteligencia, además de discernir si la persona actuará o no. A nivel práctico, es un error decir a un enfermo alcohólico “que no tiene voluntad” después de una recaída o de repetidas recaídas. Con frecuencia, lo que ocurre es que no ha analizado la situación y la inteligencia ha sido cortocircuitada, y ha tenido lugar una re-alcoholización refleja, sin discernimiento.

La voluntad es pues una función de la que la persona es consciente y que se pone en marcha tras una decisión.

No se trata aquí de automatismo ni de acto reflejo ni de impulsividad. El funcionamiento normal de la voluntad, que podemos denominar también “funcionamiento voluntario”, depende del potencial de voluntad, que es

diferente en cada persona. Depende también de la educación que haya recibido y que haya más o menos asimilado. Además, existe ciertamente un factor constitucional, pero la capacidad de la voluntad depende sobre todo de la naturaleza de la fuerza de las motivaciones.

Las motivaciones surgen de los diferentes ámbitos de la persona, por ejemplo el afectivo y el sensible arrastran a hacer lo que produce placer, aquello que tenemos ganas de hacer; el racional y los principios empujan a la voluntad a hacer lo que hay que hacer; el ser y la conciencia profunda invitan a actuar para ser ella misma y fiel a sí misma. Generalmente, el funcionamiento voluntario se experimenta sin tensión y sin exigencias exageradas cuando se está suficientemente concienciado de la pertinencia de la acción que hay que realizar.

A veces, las circunstancias exigen un gran esfuerzo, constante y costoso. La energía que se gasta en estos casos, habrá que recuperarla después, si no se quiere estar en deuda con el organismo.

Como ejemplo, una persona escribe:

“Me consagro a las tareas domésticas y a los arreglos de la casa. Por ejemplo, para reparar la antena de TV que se había caído, tuve que subirme al tejado. Una vez allí, vi que había algunas tejas en mal estado, y aproveché para cambiarlas. Cuando se estropeó el calentador de agua, me hice con un libro sobre electricidad y, con el consejo de personas competentes en ese campo, pude repararlo. Otro ejemplo es el hecho de que ayudo a mi hijo a hacer sus deberes y trabajo en el buen funcionamiento de la vida familiar. Pienso que esto es lo más difícil para mí, ya que es lo que me exige más concentración y energía”.

Otra persona escribe: “Al principio, no tenía voluntad ninguna, pero después, a fuerza de motivación, pude tenerla y continué teniéndola. Un ejemplo es el hecho de que quiero cuidarme para ser eficaz ante mis hijos y quiero también que los demás me vean sano y no enfermo”.

La voluntad experimenta diferentes disfunciones: el **voluntarismo**, con él la persona hace esfuerzos desmesurados, se obstina, se agota. Las personas que padecen este funcionamiento no siempre lo identifican como una disfunción. Por su educación, su medio o simplemente por su naturaleza activa y

emprendedora, consideran normal esta solicitud de sus fuerzas constante y exagerada. Aquí, la voluntad no procura ya servir a la persona ni a su crecimiento, ya que ésta pierde el respeto a los límites de su cuerpo, que estará anormalmente tenso.

A la voluntad se la conquista mediante satisfacciones que están lejos de la acción por la acción y de las ambiciones, y más cerca de un sistema de valores, donde el esfuerzo, el resultado, el deber o la perfección están en primer lugar. Esto puede tener otras consecuencias en la vida cotidiana.

A menudo, el voluntarismo puede ir más lejos y establecer con los otros una relación de dominio, con menosprecio de las “debilidades” de esos otros. Existe en estos casos incompreensión hacia el funcionamiento de los otros e insensibilidad hacia unos valores diferentes de los propios. En las personas, detrás de ese voluntarismo hay una huida de sí mismas, una inexistencia interior, un ideal de sí mismas desproporcionado, acompañado de la culpabilidad de no hacer suficiente, además de carencias de su necesidad de reconocimiento, que buscan compensar mediante la valorización que ofrece la acción. Ya que la persona no es reconocida por lo que es, espera que se la reconozca por lo que hace. El testimonio expuesto a continuación explica este mecanismo de huida y cómo reubicarse a partir del valor del los logros familiares:

“Antes de tomar la decisión de detener mi consumo de alcohol, pasaba más tiempo echando una mano a los otros del que pasaba en casa. Desde que las personas que me han ayudado durante la abstinencia me convencieron de que era primordial ocuparme primero de mí mismo, me sigue gustando ayudar o colaborar pero a condición de que no perturbe mis prioridades familiares o profesionales”.

La atonía, la **ausencia de voluntad**, es inversa a este funcionamiento hipertrofiado. En este caso, la inteligencia percibe lo que se ha de hacer, la persona puede incluso tomar la decisión, pero la voluntad no funciona, como si se le escapase su poder para dirigir el cuerpo. La persona deja pasar las cosas, las pospone, siente un cansancio excesivo, como si le faltaran resortes. Esta atonía puede ser puntual y como resultado de falta de estímulos vitales motivadores por parte del entorno, o responder a una fatiga del cuerpo en

cuyo caso se puede fácilmente encontrar el origen. Pero puede también traducir un profundo malvivir cuyas raíces están en la infancia, en la que el impulso vital natural de la persona fue herido en lugar de ser acogido y apreciado. En ese caso, la persona ha aprendido de alguna manera a no utilizar su voluntad. Una persona escribe:

“Por mi parte, es cuando ya no quise hacer nada. No comía, me abandoné e incluso quería morirme”.

Oímos a menudo que las personas alcohólicas no tienen voluntad; los propios pacientes lo dicen cuando afirman por ejemplo “hay que tener voluntad... yo tengo voluntad...”. Esto hay que matizarlo. La dificultad de abstenerse de consumir bebidas alcohólicas es un problema de alienación de su libertad al principio, pero comporta disfunciones de la voluntad. Por ejemplo: los pacientes hacen muchos esfuerzos para aparecer bien a los ojos de los otros, para adaptar su comportamiento, ser reconocidos y aceptados. Algunas personas disimulan su conducta, esconden las bebidas y sobrepasan las fuerzas de su cuerpo, ya debilitado por la alcoholemia. En estos casos, encontramos los criterios del **voluntarismo** definidos anteriormente. Pero el uso que se hace de la voluntad es para satisfacer las exigencias de la dependencia concernientes a la gestión del stock: quedarse sin bebidas durante un fin de semana puede ser un verdadero problema. A veces, las personas hacen muchos kilómetros para comprar alcohol o se gastan todo lo que les queda, compran a crédito, aceptan los precios que les piden, aun siendo mucho más elevados que en los comercios. Es un funcionamiento toxicómano: la persona mantiene el comportamiento de adicción a pesar de los perjuicios que ocasiona a su cuerpo, a su vida familiar, social, profesional, sin ser consciente de los perjuicios que comporta.

Otro ejemplo son las **promesas**: el entorno de los pacientes conoce numerosos ejemplos en que éstos han prometido dejar de beber, seguir una cura de desintoxicación; pero el entorno observa también numerosos ejemplos en que esas promesas no se mantuvieron. Asimismo, durante una internación, es frecuente oír: “¡Se acabó!, ¡no volveré a beber jamás! ¡esto ha supuesto el disparador para mí”. Los pacientes que así hablan son realmente sinceros; **quieren** dejar de consumir, **quieren** dejar de beber. Pero hacen

una proyección hacia el futuro, en un ideal de vida del que no miden las dificultades que encontrarán en ese camino que pretenden seguir. Son las promesas que luego no mantienen las que hacen que su entorno diga: “no tiene voluntad”.

Sin embargo, podemos citar un ejemplo de promesa que ayuda en la relación consigo mismo: “En lo que concierne al alcohol, a la única persona a la que he prometido dejarlo es a mí misma y procuro mantenerla todos los días”.

En el terreno de la voluntad, podemos constatar auténticas **atonías** cuando los pacientes abandonan sus obligaciones cotidianas, no acuden al trabajo o llegan tarde, no se ocupan ya de su cónyuge ni de sus hijos o lo hacen de manera irregular. Pueden estar físicamente ausentes del contexto familiar; con frecuencia adoptan un comportamiento de inexistencia y no se implican, y los otros miembros de la familia acaban por organizarse ignorando al paciente, como si éste realmente no existiera. Se confirma entonces la convicción del paciente de que los suyos no lo necesitan, lo que reforzará aún más este tipo de atonía de su voluntad. Una persona escribe:

“La atonía frena el funcionamiento del ser humano. El alcohol y las drogas aportan fatiga, trastornos de la memoria, confusión, perturban la precisión de los gestos, trastornos de la vista, del oído. Es necesario ser conscientes de todo esto para tomar la decisión de cuidarse”.

A este respecto, durante el acompañamiento del paciente, siempre es posible detectar un acontecimiento que haya desencadenado una desinversión de las responsabilidades, y al mismo tiempo, es posible también encontrar signos de esperanza, pero hay que saber aprovecharlos. En el siguiente testimonio, el paciente explica que ha experimentado excesos a ultranza, como si hubiera estado siempre a la búsqueda de un plus, pero puesto que lo buscaba fuera de sí mismo, jamás lo encontraba:

“Lo tuve todo, notoriedad profesional, viajes por todo el mundo, riesgos, los 400 golpes, tenía la sensación de haber vivido intensamente y de que ya no podía vivirse nada más... en fin... pero al final todo el

mundo descende... Fue entonces cuando tuve la idea de llenar el coche de botellas y de ir a cualquier sitio a bebérmelas hasta reventar... Lo poco que recuerdo de este espantoso periodo dibuja el clima de irresponsabilidad, desesperanza e inexistencia en el que vivía y, sin embargo, en lo más profundo de las tinieblas, hay una llama de esperanza y de vida, aunque sea minúscula”.

En el plano mental, la inteligencia, la libertad y la voluntad deben trabajar conjuntamente a fin de que cada paciente pueda organizar sus cuidados: caminar hacia la abstinencia, programar el tiempo de la privación del producto, organizar su vida cotidiana sin alcohol, trabajar con regularidad las motivaciones de su nueva vida, acoger todo tipo de inspiraciones nuevas que le permitan sacar fuerzas del fondo de sí mismo, mientras que antes lo que buscaba era las sensaciones que le aportaba el alcohol.

APRENDER A SER EN LUGAR DE HACER

El consumo regular de alcohol –ya hemos visto que no es necesario que sea cotidiano, puede darse algunos días por semana–, aliena al paciente tanto en la necesidad física de alcohol, como en las necesidades psíquicas si consume con otros: con amigos, en familia, en el bar, en diversos grupos. Se aleja, así, de lo que experimenta en el fondo de sí mismo, ya que está preocupado por diversas tareas que ha de ejecutar; tiene dificultades para gestionar su vida en razón de una multitud de preocupaciones para tener siempre alcohol a su disposición y para no sentir su falta.

Para aprender a ser, en lugar de hacer, es necesario que la persona tome conciencia de su propio fondo, donde vive su interioridad. En la terminología PRH,⁴ este nivel profundo, llamado “**ser**” constituye el núcleo de la personalidad de cada persona. Ahí las personas están caracterizadas y no pueden confundirse con ninguna otra. Sienten una vida profunda en constante evolución, que les aporta dinamismo y la perspectiva de que pueden salir adelante. Encontramos aquí una aspiración a existir fundamental, a cre-

4. PRH INTERNATIONAL, *La personne et sa croissance*, Lexies, Toulouse, 1997.

cer interiormente, a encontrarle sentido a la vida y a desarrollar todas las potencialidades.

El niño viene al mundo con una incoercible aspiración a existir, que le empuja de forma natural a desarrollar la personalidad que le caracteriza pero que, en ese momento, sólo está ahí en germen. Por ejemplo, cuando observamos el desarrollo de un bebé, nos sorprendemos y maravillamos de lo rápido que se producen los cambios en él. Esa increíble voluntad de vivir y de convertirse en sí mismo se hace evidente en la observación.

La expresión “aspiración a existir” describe de forma insuficiente esta realidad. Algunos hablan de “pulsión de vida”, otros de “empuje”, otros de “deseo o voluntad de vivir”. Podría también hablarse de “gananas de vivir”; pero los que han sido heridos por la vida de forma considerable pueden decir que ellos no pidieron venir al mundo o, incluso, que no tienen ganas de vivir y que no saben si tienen ganas de existir. Se puede tomar o no conciencia de esta “aspiración”. Cada término expresa, en efecto, torpemente y de manera incompleta, cómo el misterio de la vida se manifiesta en el ser humano desde su concepción. La imagen de un torrente de vida que surge en la persona puede también describir esta realidad, pues ¿quién podría detener una fuente de la que no deja de surgir agua, que aumenta en volumen, intensidad y fuerza? Se puede retener el agua mediante un embalse artificial, pero cuando está lleno, el agua continuaría cayendo. Lo que traducido en términos psicológicos significa que se pueden poner frenos y obstáculos a la potencia de la vida, pero ésta no cesará de manifestarse. Quizá se exprese dando rodeos, pero la vida está siempre ahí. Ese testimonio ilustra la aspiración a existir:

“La vida es como una página en blanco, ¡hay que llenarla! A veces, hay que escribir recuerdos muy dolorosos y muy tristes. ¡Pero también hay recuerdos muy agradables, vividos con alegría y buen humor! Llamo a eso felicidad, ¡alegría de vivir! La Vida es como un arroyo que fluye a lo largo de su recorrido. Pero, desgraciadamente hay piedras, ramas, suciedad en su recorrido, que están ahí para obstaculizarla. Por eso, ¡hay que sacarlo todo, limpiarlo todo! Sanearla, volverla hermosa para que la Vida continúe y encuentre su camino sin peligro. Se puede decir que, así, esta Vida es un largo río tranquilo y apacible, pero para salvaguardarla ¡hay que controlarla y cuidarla!

Si se quiere preservar, hay que explorarla para saborear cada instante, ¡incluso cuando surjan obstáculos!”.

Indisociablemente relacionada con la aspiración a existir, el niño vive la necesidad de reconocimiento de esa aspiración a convertirse en quien es. Esto traduce la realidad de las relaciones humanas. Cada cual interactúa con los otros y desea, de forma legítima, que sus esfuerzos sean percibidos, vistos, aceptados y reconocidos por las personas que le rodean. El niño necesita que le reconozcan su derecho a existir tal y como es y que no lo abandonen. Esto es esencial, incluso más que la ternura, que le es beneficiosa pero que le puede ser otorgada mientras lo privan no obstante de sus necesidades de ser reconocido y de seguridad afectiva. Una vez ocurra esto, conservará esa falta como la cicatriz de una herida.

Para experimentar el sentimiento de ser reconocido, el niño necesita sentir que su vida es valiosa a los ojos de los que le son queridos, que acogen su vida con felicidad, que las personas que le rodean están dispuestas a comprometerse para que tenga éxito en su vida porque creen en él y lo sienten capaz de convertirse en alguien valioso, susceptible de aportar algo bueno a los otros. El niño percibe con gran lucidez si se le da un lugar o no. Tiene necesidad de sentir que puede encontrar un papel en este universo, que es el suyo, y un espacio para que sus deseos de ser él mismo puedan actualizarse.

Tanto esta aspiración a existir como la necesidad de ser reconocido siguen existiendo en la persona a lo largo de su vida. En determinados períodos dolorosos, la necesidad de ser reconocido está en espera, por ejemplo cuando existen dificultades en la pareja o en la familia, o bien en el trabajo u otras relaciones. La aspiración a existir puede no sentirse, en particular durante períodos en que se duda de uno mismo, depresivos o de enfermedad física. En lo que concierne al alcohol, su efecto anestésico perturba la concienciación de la vivencia interior, lo que impide apoyarse en la aspiración a existir. El siguiente testimonio muestra cómo tomar las riendas de uno mismo trabajando la abstinencia, cosa que le permite reencontrar el sentimiento de dignidad personal:

“Querría hablar ahora de lo que me ocurre en este momento y que concierne a mi hijo. Cuando hablé de mi enfermedad alcohólica a

otras personas fuera de mi entorno, es decir, al director y a los profesores de la escuela de mi hijo, en la gendarmería, me di cuenta de que esas personas me escucharon hasta el final. Después de eso, cuando suena el teléfono en casa, ya no me angustio tanto como antes (antes, eso era motivo para una alcoholización). Ahora dicen: Señor tal, padre de tal, mientras que antes yo no existía. Todas las cartas, las citas estaban dirigidas a su madre. Mi decisión de dejar de beber, motivada por mi deseo de vivir, puedo incluso decir por mi deseo de no morir más, ha tomado otra dimensión: es como una resurrección. Me siento padre y orgulloso de serlo. Mi 'egoísmo', es decir, ocuparme de mí mismo, ha comenzado a dar frutos. Me siento más fuerte frente al desarrollo de la vida. Sé que esto no se ha terminado, soy y seguiré siendo un enfermo alcohólico, pero ¡qué alivio supone darme cuenta de todo lo que soy capaz de hacer sin alcohol! Me ha arruinado la vida durante tantos años. Creo que mi aspiración de existir y de ser reconocido nunca ha sido tan fuerte ni tan determinante como en este momento”.

El ser es como un basamento, una fundación capaz de dar una estructura a la personalidad, permitiéndole avanzar en la vida con referencias sólidas, igual que una casa es sólida si está construida sobre sólidos cimientos. En la terminología PRH, esos cimientos los constituyen 4 partes diferenciadas pero interaccionadas las unas con las otras: la identidad de la persona, su proceder esencial, sus lazos esenciales, la apertura a la transcendencia.

La identidad de la persona

Se trata de cualidades que de manera innata constituyen a la persona, que ésta reconoce como suyas, se podría decir que las ha tenido siempre, aunque no las haya utilizado o utilizado poco. Así, una persona dirá que la gentileza es una de sus cualidades fundamentales; otra dirá que es militante, alegre, abierta... Esta identidad está compuesta de potencialidades, específicas de cada cual, es decir, capacidades, cualidades, dones o talentos. Este conjunto de cualidades forma la riqueza del ser de la persona. Gracias al desarrollo de su interioridad, cada persona puede descubrir sus diferentes

potencialidades para desarrollarlas, haciéndoles más lugar en su vida. Estos dones se despliegan en varios campos:

Algunas personas están muy dotadas para trabajar manualmente, se dice que “tienen manos de oro”, son capaces de instalar o reparar cualquier cosa.

En lo concerniente a capacidades intelectuales, algunas personas aprenden rápidamente nuevos datos, los integran en el contexto de sus vidas con una gran capacidad de apertura, observan, memorizan, analizan y sintetizan.

En el campo de la capacidad relacional y afectiva, algunas personas se dirigen de forma natural a los otros, hablándoles, tranquilizándoles, se anticipan a los conflictos tratando de desactivarlos en lugar de entrar en ellos, apaciguando las tensiones.

Para los puestos de responsabilidad está muy valorada la capacidad de acción: de estas personas se espera que organicen y planifiquen la vida de un grupo a fin de permitir un desarrollo armonioso de las tareas. También se requiere perseverancia para evitar el desánimo en el grupo, contagiando a los demás de buen humor y que puedan así llevar hasta el final lo que se ha decidido. Estas mismas capacidades se esperan de los padres y madres.

El arte no es el terreno exclusivo de los artistas reconocidos o profesionales. La creatividad, el gusto por lo bello se manifiesta incluso en la manera de arreglar la casa, el jardín, en el deseo de cantar, de crear canciones o poesías o escribir prosa.

Algunas personas tienen una extraordinaria resistencia física, nunca se ponen enfermas, de una persona así se dice que es “un portento de la naturaleza”.

A otras, su naturaleza las lleva a la simplicidad, tienen una capacidad especial para ser felices, para tener fe en la vida viviendo con un deseo verdadero, y capacidad para sentir los acontecimientos de la vida interior, buscando el sentido escondido de las cosas.

Reconocer las capacidades propias y experimentarlas en la vida cotidiana aporta felicidad. La identidad de una persona contiene también límites propios en cada aspecto positivo, las personas se distinguen, por ejemplo, por sus diferencias en cuanto a sus capacidades y a sus límites, y así es como pueden desarrollar la complementariedad entre ellas.

El proceder esencial

Aprender a ser no significa contentarse con ser tan solo las potencialidades propias. El propio término *potencialidad* indica el dinamismo del desarrollo que da cuerpo en acciones concretas a lo que se experimenta. El ser humano está naturalmente orientado hacia el progreso de la humanidad, transformando el contexto, aportando mejoras, y todos queremos actuar en este sentido. No reconocer esta capacidad de participación en la marcha activa de un grupo se vive siempre con ira y amargura. Naturalmente, las personas intentan encarnar sus capacidades mediante un “proceder esencial”. Esta expresión designa por qué una persona se siente realizada, el campo de actividades que querría ejercer y que se corresponden lo mejor posible a lo que ella es. En efecto, incluso cuando una persona tiene aptitudes variadas, todas ellas no tienen la misma atracción ni crean el mismo entusiasmo en ella. Cada persona aspira a proceder de una manera específica para invertir su tiempo y su energía en lo que para ella tiene más importancia. Como ejemplos de un proceder esencial podemos citar: la educación de los hijos, un trabajo creativo, la investigación, la enseñanza, la administración y/o la organización, cuidar y curar, ayudar a otros a encontrar un sentido a sus vidas, un trabajo basado en la relación humana, cultivar la tierra, diversos trabajos manuales, prestar servicios a la comunidad, militar en una causa humanitaria (alcoholología), hacer política, etc.

En su proceder esencial la persona tiene no sólo las ganas, sino también la sensación de que da lo mejor de sí misma. Desarrolla nuevos reflejos, se anticipa a los acontecimientos, planifica sus acciones coherentemente. Siente que existe en el fondo de sí misma, pues toma conciencia de quien es; tiene la sensación de descubrirse a sí misma y de que lo que hace y lo que es son una sola cosa. Es una sensación de felicidad profunda y de que, lo que hace, tiene sentido para ella.

Los lazos con los otros que se sienten en lo profundo de uno mismo

Es un hecho que nos sentimos más o menos atraídos por las personas que nos rodean; hay personas que nos obligan a ponernos en guardia –no siempre sabemos muy bien por qué razón– y hay personas que enseguida nos inspiran confianza y a las que nos abrimos.

Con respecto a algunas personas, existe una atracción sensible debido a la belleza de su rostro o a la armonía de su cuerpo o incluso al timbre de su voz.

Otras personas atraen por su capacidad intelectual, su capacidad de análisis o por el vigor o contenido de su pensamiento. Existe también atracción del orden de la acción: amamos hacer las mismas cosas que esas personas por las que nos sentimos estimulados, llevar a cabo las mismas luchas que ellas.

Otro tipo de atracción está enraizada más profundamente, en el ser. Se producen afinidades del ser cuando encontramos riqueza del ser en otros, deseos del ser, aspiraciones del ser, análogos a los que nosotros mismos sentimos. Y existen lazos del ser cuando descubrimos en el otro el mismo proceder esencial que el nuestro; es decir, cuando descubrimos que de alguna manera estamos hechos para lo mismo, que estamos contruidos o estructurados de la misma manera y que experimentamos los mismos reflejos profundos frente a la vida.

A partir de parecidos en la identidad y en la complementariedad, puede descubrirse un lazo de ser que se experimenta en el proceder esencial; complementariedad no quiere decir que las personas sean idénticas, sino que se complementan y cada una de ellas sabe utilizar los campos específicos de la otra que se complementan con los suyos, consiguiendo una mayor eficacia ambas. Por ejemplo, en un equipo de cuidadores, es importante tener claros los valores que unen a las personas para desarrollar las complementariedades entre ellas. Para ello se necesita humildad: una persona no puede dominarlo todo. Pero puede pedirle a otros que la ayuden a ver aquello que ella no puede ver. En un momento dado, se puede llegar a un estancamiento con un paciente. En estos casos, resulta útil que lo transmita a otro miembro de su equipo o que lo dirija a otro equipo.

Abrirse a la transcendencia

El ser comporta una dimensión de apertura a una transcendencia que representa el deseo de un plus de sí mismo. Por ejemplo, toda persona puede sentir, como si se tratara de un sonido interior, la presencia de realidades que tienen la misma naturaleza que el ser, viviéndolas como realidades infinitas,

mayores que ella misma, a veces experimentadas como permanentes, invariables y absolutas. Esto se puede decir de la Verdad, el Amor, la Vida, la Libertad, la Justicia, la Dignidad de la persona, la Sabiduría, la Belleza, con la condición de que estas realidades sean percibidas en lo más profundo del ser a modo de sensaciones, y no como ideas abstractas o ideales.

Para las personas creyentes, habitualmente forma parte de esas realidades percibidas como trascendentales la noción de Dios, pues la sienten en sí mismas. Por ejemplo cuando una persona consagra su vida a la causa de la Justicia o cuando vive una relación interior con Dios, siente el contacto con esta realidad como si la desbordara y permaneciendo viva en ella.

El hecho de desarrollar una relación consciente de esas realidades tiene una acción transformadora en las personas. Se sienten atraídas, agrandadas y transportadas a su humanización última por lo absoluto y la perfección de esas realidades, descubriendo así el sentido profundo de su existencia y la fuerza que les permitirá perseverar en su cumplimiento. Podemos decir que el desarrollo de una persona no se adquiere solamente mediante la armonización de su funcionamiento ni por los esfuerzos de su voluntad. Necesita también abrirse a realidades trascendentales y tener la capacidad de recibir las para enriquecerse, sin querer guardarlas para sí misma. Es una apertura a lo nuevo e inesperado que da un empujón a las ideas recibidas.

Podemos poner el ejemplo concreto de uno de los participantes en alcoholología. Esta persona descubrió que su compromiso partió de una experiencia de realidades vividas como trascendentes. Se ocupa de pacientes alcohólicos desde hace mucho tiempo. Le parecía un trabajo difícil pero quedó impresionado por el cambio que percibía en los pacientes, tras unos días de haber dejado la bebida: iban de bien a mejor, miraban de forma crítica su comportamiento de alcoholización y sus problemas físicos mejoraban. Luego, este participante tuvo varios encuentros con otras personas interesadas en la alcoholología y se sintió tocado por las aportaciones de esas personas: profesionales de diversas especialidades, voluntarios y militantes en asociaciones, también algunos pacientes. Se elaboró el proyecto de un centro de alcoholología y finalmente se realizó. Este participante se sintió interiormente atraído por algo que, si bien no lo hubiera querido, recibía, en todo caso era algo que no le pertenecía propiamente sino que compartía con otros y, sin

esos otros, no hubiera podido llegar muy lejos. Sentir que se forma parte de una obra, formar parte de su realización, sentir cómo se avanza paso a paso, cuando se trata de un trabajo realizado entre varias personas, puede ser una experiencia transcendental, es decir, percibida en sí mismo como venida de lejos, de más lejos que uno mismo.

Un paciente alcohólico, cuando deja de beber, puede tomar conciencia de las fuerzas que habitan su ser. El alcohol es como un velo que le impide conocerse debido a la acción perturbadora que ejerce sobre su psiquismo, ya que modifica lo experimentado: la persona evita sensaciones dolorosas o penosas y busca cierta euforia; se convierte en un exaltado, cuando lo que tendría que hacer es cuestionarse; luego, cuando ya no es detectable la tasa de alcoholemia, se desmoraliza y se acobarda.

Mediante sus testimonios, los pacientes confirman la importancia de la decisión de dejar de beber, al mismo tiempo que buscan un punto de apoyo en sí mismos para tener un objetivo en la vida y los medios para conseguirlo:

“Una elección importante fue el hecho de dejar las drogas duras. Creo que fue el miedo lo que me hizo reaccionar, el miedo de morir como lo hizo demasiada gente a mi alrededor por ir demasiado lejos. Con el alcohol ha sido también el miedo lo que me ha hecho reaccionar, pero más aún la angustia de destruir mi vida familiar. Tomé conciencia de mi responsabilidad para con mi hijo y mi mujer. Para dejar de beber, encontré en mí la determinación y la esperanza de encontrar el equilibrio físico y familiar. Comencé a participar también en la vida de mi pueblo y me inscribí como miembro activo en la asociación que organiza actividades recreativas. En este caso, creo que el placer de complacer fue mi principal motivación. Luego, toda la gente que veo en el CCAA, sus experiencias suponen estímulos para reencontrar las sensaciones que el alcohol me ha hecho olvidar”.

Los pacientes insisten en el hecho de que vivir sin alcohol es una prueba de fuerza, pero vivir en alcohol lo es también: qué elegir, cómo elegir, ¿otras personas pueden ayudar?

“Dejar de beber es una prueba sin fin, hay que estar siempre alerta. Lo que me ayuda: mi mujer, mis hijos, mi hijo pequeño y las

personas de mi entorno. La decisión de ser abstemio viene de mí mismo, es mi vida, mi salud. Yo sufría, sentía vergüenza el día después de una alcoholización, no tenía ganas de nada. Tenía miedo de las enfermedades, la muerte llega rápida. La vida es bonita sin alcohol”.

DEJARSE GUIAR POR LA PROPIA CONCIENCIA PROFUNDA, EN LUGAR DE POR LOS OTROS O POR DESEOS IRREFLEXIVOS

Algunas personas realizan sus elecciones según lo que ellas consideran una norma. Querer sentirse “normal”, ser “como todo el mundo”, no sobresalir negativamente o de forma diferente entre los demás, traduce ese deseo. Inmediatamente después de la privación del producto, el paciente alcohólico dependiente debe hacer frente a situaciones de consumo de alcohol y confrontarse con los otros, cuando tiene que rechazar una copa que le ofrecen o decirles cuál es su problema y por qué no consume alcohol. En estos casos, debe constituirse una nueva norma, la de alguien que “es normal sin consumir alcohol”.

Existen acciones reflejas irreflexivas que intervienen en las elecciones, por costumbre o para obtener un beneficio inmediato (alcoholización refleja). En decisiones conscientes, todos tomamos como referencia, más o menos conscientemente, nuestra conciencia; pero ésta está constituida por tres fuentes diferentes: en su parte socializada, la persona se deja influir por las sugerencias y presiones de los otros; en su parte mental, aplica reglas puestas por ella misma gracias a su experiencia; en su parte profunda, escucha primero lo que siente y vive en su interior antes de actuar.

La palabra *consciencia* tiene diferentes significados. Es sinónimo de “conocimiento” cuando alguien dice que ha “tomado conciencia de...”. A menudo tomar conciencia precede a una decisión: es la primera etapa del cambio; es una conciencia psicológica.

Conciencia es también sinónimo de vigilancia; aquí se toma en un sentido fisiológico. Tras un traumatismo craneano, una persona puede sufrir “obnubilación de la conciencia” lo que quiere decir que presenta una dismi-

nución de su vigilancia. En geriatría y en neurología se utiliza la misma expresión cuando una persona está desorientada.

Una tercera significación concierne a la conciencia moral, el centro de referencia interno a partir del cual una persona evalúa sus actos. Es de esta conciencia de la que se trata aquí.

La parte socializada de la conciencia

Mediante una educación normal, los padres, la escuela y los demás medios que frecuenta el niño procuran despertar en él la noción de lo que hace “bien” o “mal”, aportándole criterios para que pueda juzgar si un acto es bueno o malo, si está permitido o prohibido, si comporta peligro o no, y más ampliamente para distinguir el bien del mal. Así, el niño aprende a desarrollar límites interiores. Este conjunto de reglas morales aprendidas forma la parte socializada de la conciencia de la persona. Representa una **referencia externa** a él que viene del pensamiento y de los juicios de los otros; el valor que se transmite es el bien de la persona y el de la sociedad. No es necesario que los padres realicen una gran presión para que el niño integre estas reglas; es suficiente con que le hablen de lo que es importante para ellos; luego, el niño escucha naturalmente las conversaciones entre adultos, lo que le permite verificar si es el mismo mensaje lo que le dicen a él que cuando hablan entre ellos. Así aprende esas reglas de conducta por imitación, impregnación, en ósmosis con su medio natural.

Si los padres son coherentes con su educación, velando por despertar lo mejor del niño, la adquisición de esas reglas no supone ningún problema para él. Experimenta intuitivamente que determinadas reglas son justas si se las explican bien y le dejan tiempo para integrarlas. Él ve a los otros con los ojos de sus padres y de las demás personas que contribuyen a constituir su ley interna; sabrá si tal o cual comportamiento suyo está bien o no, y en este último caso, reaccionará sintiéndose culpable.

Viviendo esta parte socializada de su conciencia, cuando el niño sea adolescente o adulto experimentará una necesidad de seguir a alguien que considere más fuerte, como una autoridad exterior. Esto explica la concien-

cia de la debilidad que se remonta al origen de la existencia. El aprendizaje de la autonomía es largo y difícil. Poder seguir guías sólidas contribuye al sentimiento de seguridad interior y forma su personalidad.

Lo que complica la integración de estas reglas es la divergencia de los puntos de vista de las personas que las “enseñan”; por ejemplo, cuando alguien exige una explicación al niño pero no se la exige a sí mismo, o incluso cuando, en el caso de familias reconstituidas, determinadas reglas son diferentes entre una familia y otra, el niño, forzosamente, experimenta sentimientos de incoherencia.

La persona queda marcada y a menudo condicionada durante toda su vida por esta herencia moral ajena. Queda impregnada en ella y comprendida a nivel inconsciente, y mucho más si su contexto es normativo y moralizador en exceso. No obstante, si su entorno no le proporciona el desarrollo de reglas socializadas, el individuo podrá dejarse llevar y vivir a merced de sus deseos irreflexivos del momento, a veces incluso sin preocuparle si molesta a los otros; no habrá aprendido límites claros que le permitan hacer uso de su libertad. En este sentido, la alcoholización excesiva, es decir, crónica, representa una ausencia de estos límites.

Numerosas decisiones están motivadas por esta búsqueda de seguridad, donde interviene también el miedo a no ser amado por alguien o incluso de ser excluido de un grupo. La transgresión de las leyes de la parte socializada de la conciencia engendra inseguridad o incluso un sentimiento de culpabilidad frente a los otros, en razón del cual las personas procuran regresar al marco de lo que está permitido. Incluso más, un paciente puede aceptar una hospitalización para desintoxicarse sin haberla elegido él, sólo para complacer a otra persona que le empuja a ello; quiere tener paz y estar en regla.

La parte mental de la conciencia

Hacia la adolescencia, la persona comienza a elaborar sus propias reglas de conducta, sus principios y lo que considera bueno, a lo que procura conformarse. Elabora su propio código de conducta a partir de sus ideas, de su reflexión, de las experiencias vividas, pero también de sus ambiciones y sus

necesidades. Se constituye una referencia personal donde asocia, por un lado, lo que ha interiorizado y reconocido como válido de las normas sociales y, por otro lado, lo que ha rechazado de esas normas sociales. Esto forma la parte mental de la conciencia; es una referencia percibida **en la cabeza**. En la parte socializada, la persona aplica reglas que ha recibido de los otros en su educación, mientras que en la parte mental se sitúa su reflexión, que juzga lo que quiere o no quiere. Haciendo esto, puede tener reacciones obcecadas y de contra-dependencia considerando las reglas morales recibidas en la infancia, pero sobre todo cuando ha percibido la educación como dura y rígida. La persona va a posicionarse también contra las carencias percibidas en su educación. Su conciencia podrá así comportar una curiosa mezcla de reglas rígidas, asimiladas en su infancia sin ser consciente, y de ideas personales que reflejan una contra-dependencia respecto a las mismas reglas, que en ocasiones vivirá en plena contradicción; por ejemplo, una persona dice: “desde mi adolescencia, he hecho todo lo posible para no parecerme a mi madre, y ahora me doy cuenta de que me parezco mucho a ella”.

El ideal de sí mismo puede ocupar aquí un lugar importante. Las exigencias son excesivas en relación con las capacidades reales de la persona. Los fracasos o incumplimientos resultantes le dejan una sensación de decepción frente a sí misma, de humillación, de amargura; la persona experimenta vergüenza por no haberlo conseguido, se siente mal consigo misma. El desarrollo de la parte mental proporciona una mezcla entre el establecimiento de los principios que la persona defiende frente a los otros, y de sensaciones negativas si no llega a obtener el fruto de sus ambiciones. Esta referencia a los principios elegidos por uno mismo es una etapa necesaria para encontrar una mayor libertad interior, que se libera de la parte socializada: la persona pasa de tener como referente lo que dicen y piensan los otros, a lo que piensa ella misma. El paso siguiente consiste en aprender a desengancharse de sus rigideces comenzando a escuchar la “voz” de la conciencia profunda. El siguiente testimonio muestra cómo una persona pone en marcha la parte mental de su conciencia:

“En el trabajo profesional o en la casa, tenía como referencia mis propias ideas y, ante la duda al realizar la tarea, pedía consejo a per-

sonas prudentes. En la vida familiar, son mis propias ideas y lo que habita en mi interior lo que intento aplicar para compartir con mi entorno. Desgraciadamente, la discusión serena no siempre es fácil. En lo que respecta a la vida cotidiana: entretenimiento, vecinos, encuentros, son mis propias ideas y mis principios los que me guían en mis elecciones”.

La parte profunda de la conciencia

La denominaremos conciencia profunda. Comienza a despertarse en lo profundo de la persona a partir del momento en que sus facultades mentales son lo suficientemente maduras como para reconocer las sensaciones que provienen del fondo de sí misma. Esta capacidad existe ya en los niños pero bajo forma de flashes; así, un niño puede decir que su vida es un regalo, puede mostrar una profunda compasión por lo otros, puede decir lo que le parece justo o injusto; puede sentir que cuando sea mayor realizará tal o cual profesión; después de un flash así, retomará su vida de niño, que pasa la mayor parte de su tiempo jugando, y este modo de funcionamiento le permite crecer progresivamente e ir adquiriendo madurez. Los mensajes de la conciencia profunda traducen la vida del ser inspirando mensajes de confianza. Así, un paciente experimentó en sí mismo que tenía la capacidad de acabar con su problema de alcohol y, a partir de ese momento, tomó la decisión de cuidarse. La conciencia profunda se distingue de las otras por el hecho de que no proviene de una elaboración mental ni de la voluntad de los otros, sino de lo profundo de uno mismo: la persona tiene la intuición de lo que le corresponde o de lo que debe hacer, con un sentimiento de rectitud. No es pues una ley fabricada, sino **una ley interna** que la persona recibe pero no de manera impuesta, mediante la cual experimenta lo que es bueno para ella, favorable a su crecimiento y que le permite un funcionamiento armonioso en conjunto. La persona se vuelve realista: no dice siempre sí a las presiones de los otros, ni hace esfuerzos sobrehumanos para satisfacer sus exigencias personales. No sólo tiene en cuenta lo que la anima en el fondo de sí misma, sino también cómo encarnarlo en una situación concreta; pues aunque aspira a dejarse llevar por lo bueno de sí misma, respeta también toda realidad humana, tanto la suya propia con sus límites,

como los límites de los otros. Puede que su cuerpo tenga suficientes fuerzas para actuar o puede faltarle energía. Puede que sus sufrimientos o su sensibilidad le impidan actuar; deberá aprender a vivir atendiendo a su mundo interior en lugar de esconder la cabeza en la hiperactividad. Si su respuesta, tras un discernimiento, es complacer a los otros, deberá siempre verificar que éstos no la están manipulando, desviándola de lo esencial de sí misma.

La conciencia profunda expresa el bien de la persona, es decir, su identidad, pero también cómo se vive la identidad en una situación dada. Sólo pretende servir con realismo, es decir, sabiendo lo que la persona puede vivir y soportar en su evolución, en su contexto relacional, en la situación y el momento de su historia personal.

Por el contrario, la parte mental de la conciencia no es realista: a menudo exige demasiado de la persona en razón de sus ambiciones desmesuradas. Un ejemplo es la vergüenza, la culpabilidad y la amargura ligada a los errores cometidos en el pasado. Una persona puede culpabilizarse por los años en que se alcoholizaba o abusaba de las drogas y por el tiempo que no dedicó a su vida familiar. Si lo que pretende es recuperar el tiempo perdido, esto no es posible: sería un ejemplo de ambiciones desmesuradas. Alcanzando su conciencia profunda, aprenderá a aceptar su pasado, a integrarlo, y a dar cada día pasos concretos que expresen su verdadera personalidad sin el artificio del alcohol.

La parte socializada de la conciencia tampoco es realista, ya que privilegia a los otros y las exigencias de éstos y no sabe tener en cuenta las aspiraciones profundas. También exige demasiado de la sensibilidad y del cuerpo, a veces a despecho del sentido común. Podemos comparar a la parte socializada de la conciencia con un cuerpo extraño que, instalado en la sensibilidad, tiraniza a la persona. Si ésta se comporta de una forma determinada, actúa como un superego que la hace desgraciada. Un ejemplo es la culpabilidad tras la repetición de las alcoholizaciones.

Descubrimiento de la referencia a la conciencia profunda

La referencia a la conciencia moral comienza habitualmente con la colocación de su parte socializada. De forma natural, el niño toma como

referentes lo que ve a su alrededor: si su entorno es suficientemente coherente, integrará las leyes del funcionamiento socializado de los otros. Con el desarrollo de sus facultades mentales, el adolescente y luego el adulto elabora rápidamente su propio código de reglas y de conducta, que intentará vivir con conciencia y afirmarse, e incluso liberarse, con respecto a los otros. Son momentos en los que puede también recibir una ley interna, que es reflejo de su identidad profunda, para lo cual es necesario que esté atento a las intuiciones e invitaciones de su ser. Si está atento a esta vida profunda, integrará esa ley interna que le sugerirá reglas para desarrollar su personalidad armoniosamente, convirtiéndose en lo que hay en el fondo de sí mismo.

Las tres partes de la conciencia coexisten en la persona, con predominio de una o de la otra. Diversas situaciones o el contacto con determinadas personas despertarán una u otra conciencia: si una persona teme el juicio de alguien en particular, su comportamiento puede obedecer a la parte socializada. Es el caso del paciente que no consigue rechazar una copa cuando se la ofrecen, especialmente cuando la persona que se la ofrece no deja de aludir a su virilidad. Si actúa a partir de sus creencias y principios con los que funciona desde hace mucho tiempo, aplica la parte mental de su conciencia. Es el caso del paciente que aplica su creencia de que “una copa no hace daño” o que “es normal que un hombre beba una copa”. Cae entonces en la trampa de esa parte de su conciencia, ya que aún no ha cambiado su manera de funcionar, lo que exige que modifique sus representaciones mentales y decir: “soy un hombre que no consume alcohol”, por ejemplo. La parte profunda de la conciencia puede aflorar si alguien hace un llamamiento a su vida profunda, interesándose por lo que esté viviendo esa persona, tanto por lo positivo como también por sus sufrimientos. De esa manera, después de una primera consulta en la que se abordará su relación con el alcohol, no es excepcional que la persona deje de consumir. Habiendo sido reconocida en su soledad y en su deseo de cambiar, en la siguiente visita esa persona puede contar que no ha bebido ni una gota de alcohol y que empieza a sentirse un poco mejor.

Entrando ya en la dependencia del alcohol y sobre todo cuando es ya manifiesta, la referencia a la conciencia queda atrapada. Se ha dicho que “el

superego es soluble en alcohol". El paciente vive para satisfacer su necesidad física de alcohol; puede abandonar sus obligaciones sociales, profesionales y familiares; puede dejarse manipular por otros para obtener alcohol; puede robar, agredir a los otros, cometer crímenes. El efecto anestésico del producto actúa de manera que, durante un tiempo, la persona ya no siente más ni vergüenza ni culpabilidad. En *El principito*, Antoine de Saint Exupéry aborda este sufrimiento del alcohólico: "¿Por qué bebes?", le pregunta el principito al alcohólico. "Para olvidar", responde. "¿Olvidar qué?", replica el principito. "Olvidar que bebo", dice el alcohólico.

Tras la privación, el paciente deberá recobrar la referencia a su conciencia profunda, a medida que va tomando confianza en sí mismo. El trato con los acompañantes condescendientes y firmes puede ayudarlo a recobrar referencias socializadas. Participar en una asociación de ayuda mutua, frecuentar sesiones de grupo como complemento del tratamiento le ayuda también a apuntalar esas referencias: el hecho de decirse que tal o cual persona afirma tal conducta positiva puede servirle de sostén a un paciente muy intranquilo. Pero además será necesario que los acompañantes despierten la referencia a su conciencia profunda, invitando al paciente a comprobar si esas referencias corresponden a lo que habita en su fondo, si se siente así respetado y en paz. Muchos pacientes insisten en que les es necesario aprender a programar sus jornadas para dejar de vivir a merced de sus deseos del momento, fijándose metas que puedan conseguir a lo largo del día. De ese modo, fijan una referencia en la parte mental de su conciencia. Cuando alcanzan sus objetivos, sienten satisfacción, lo que les da ánimos para continuar al día siguiente. Es también una forma de mantener la regla de las 24 horas, muy valorada en Alcohólicos Anónimos:⁵ "He decidido no consumir bebidas alcohólicas durante 24 horas". Al principio, las personas hacen uso de sus capacidades mentales tomando una decisión consciente, luego movilizan sus esfuerzos mediante su voluntad. Progresivamente se convierte en una ley de vida y experimentan que esta regla corresponde a su nueva vida, y que las conduce por el camino de su libertad profunda y de su felicidad. Una paciente habla de los "regalos de la

5. ALCOOLIKUES ANONYMES, *Vivre sobre*, Edition des Alcooliques anonymes, Bruselas, 1997.

abstinencia” mediante los cuales se siente recompensada constantemente. Aunque se trata de una referencia mental y socializada al principio, va convirtiéndose cada vez más en una referencia interiorizada y profunda que permite a los pacientes abordar a los otros sin vergüenza ni temor, e incluso con cierto orgullo de haberse convertido en lo que son gracias a su evolución. Un paciente dice:

“Casi doy gracias de haber sido enfermo alcohólico, pues el cambio en mí ha sido grande desde que comencé mi trabajo de abstinencia”.

La persona herida

3

APRENDER A SENTIR EN LUGAR DE HUIR

La alcoholización tiene diversas funciones en las personas: hay quienes buscan reconfortarse porque quieren hacer desaparecer sensaciones de tensión o fatiga, como cuando vuelven del trabajo; hay quienes quieren experimentar nuevas sensaciones bajo el efecto del alcohol, que borra las inhibiciones (hablan más y más alto, se divierten, gritan y cantan...); o incluso para evitar obligaciones, como el hecho de arreglar la casa, hacer la limpieza, pagar las facturas imprevistas...: todas esas sensaciones se sienten a la vez en el plano físico y en el psíquico, con un contenido que podemos explorar. Los acontecimientos exteriores como pensamientos y emociones (angustia, tristeza, culpabilidad, cólera...) producen vibraciones, resonancias, de tal modo que la persona reacciona a lo que le llega a su plano psíquico y físico. Por mediación de los cinco sentidos, la persona está en relación con el mundo exterior, y mediante las sensaciones se establece contacto con el mundo interior. El soporte psicológico es el sistema nervioso mediante el cual todos los estímulos del mundo exterior y las sensaciones llegan al cerebro. El sistema nervioso mantiene en la memoria todos los acontecimientos del sujeto desde su concepción. Las personas quedan, pues, marcadas por todos los acontecimientos, tanto felices como hirientes o traumatizantes, incluso sin recuerdos conscientes.

Simplificando, podemos llamar a lo que sentimos interiormente: **sensibilidad**. Podemos clasificarla en 4 estados interiores: la **sensibilidad exuberante** relacionada con los estados de euforia, las personas tienen la sensación de que

todo es fácil, no se cuestionan demasiado, actúan casi sin reflexionar. La **sensibilidad sufriente**, afectada por sensaciones de pena, duda, dificultad de vivir, desánimo, inferioridad. Algunos de estos sufrimientos tienen su raíz en la infancia. La **insensibilidad** relacionada con determinados acontecimientos, donde la persona no siente nada: queda como helada o anestesiada por su sistema defensivo, que quiere protegerla contra el sufrimiento. Y hay una disposición interior que aporta **reacciones pacíficas**, de serenidad, que traducen un bienestar mediante reacciones normales, sin tristeza excesiva ni euforia.

En segundo lugar, hay reacciones **superficiales y profundas**. Las primeras son reacciones inmediatas, la persona responde de manera epidérmica. Se trata de reflejos defensivos. De las personas que reaccionan principalmente de este modo podríamos decir que están desolladas vivas. Las segundas, que se caracterizan por mayor estabilidad, son menos violentas, menos inmediatas en la medida en que las sensaciones están más cargadas de contenido psicológico. Emanan de la proximidad del ser: la persona siente la paz, la vida y todas las manifestaciones del ser.

En la medida en que lo sentido traduce toda la historia personal, hay **reacciones sanas**, proporcionadas a los acontecimientos del momento, pero también **reacciones desproporcionadas** en su contexto, cuando tocan una parte herida. La vieja herida ha dejado una hipersensibilidad que desencadena reacciones epidérmicas, exuberantes o insensibles. Podemos describir diferentes reacciones.

Las reacciones ajustadas

La sensibilidad puede funcionar normalmente con reacciones proporcionadas a lo que la hace vibrar. No hay discordancia entre el estímulo interno o externo y la respuesta de la sensibilidad. La sensibilidad está habitualmente en calma, pero en ciertas circunstancias particulares tiene reacciones mucho más fuertes, como por ejemplo en caso de duelo, separación, despido, accidente, decepción sentimental, dificultad relacional. Así pues, podemos hablar de reacciones ajustadas o apacibles. La persona mantiene una cierta perspectiva, está en disposición de analizar las sensaciones emitidas y situarlas en su contexto, sintiéndose libre y con dominio de sí misma. Esto quiere decir que es necesario que la persona haya tomado una cierta conciencia del potencial

que habita en el fondo de sí misma y ha aprendido a ponerlo en práctica en su vida cotidiana. El hecho de apoyarse en lo mejor de sí misma le permite regular los movimientos, a veces exagerados, de la sensibilidad.

Las reacciones epidérmicas

Estas reacciones son un estorbo para muchos enfermos alcohólicos, sienten los acontecimientos con intensidad dejándose llevar de forma reactiva e irreflexiva: los deseos, impulsos o repulsiones, sufrimientos y miedos los arrastran a comportamientos reflejos sin que puedan controlarlos. Esto produce frecuentemente reacciones cortocircuitadas, desproporcionadas y repetitivas cuyo origen se encuentra en sufrimientos que se actualizan sin que la persona tenga conciencia de ello. Constatamos en los pacientes irritabilidad con ataques de ira, cierta tiranía hacia los otros, violencia, tanto en casa como en lugares públicos, o por el contrario cierta amargura, tristeza excesiva, abatimiento, culpabilización, tendencias suicidas. La alcoholización agrava estas reacciones por el efecto de desinhibición que produce el alcohol. Las alcoholizaciones impulsivas como respuesta a frustraciones afectivas forman parte de este tipo de reacciones.

Las reacciones imaginarias

Están ligadas a vivencias sufrientes o exuberantes de la sensibilidad, después la inteligencia con su poder de razonamiento se apodera de ellas para extrapolarlas, interpretarlas, proyectarlas. La persona representa en su cabeza un escenario, revive recuerdos, se exaspera, monta en cólera, se siente desatendido por los otros. En primer lugar, experimenta una sensación, pero en lugar de intentar analizarla, aumenta esa vivencia apelando a su memoria y mezclando otros hechos vividos anteriormente, excitándose cada vez más. Vivir ese tipo de funcionamiento da una impresión de teatralidad. En el lenguaje cotidiano, se dice de esas personas: “Se rasga las vestiduras... se la juega... se monta películas... carga las tintas”. Mediante este funcionamiento, las personas creen que ellas tienen razón, no comprenden que viven de sus fantasmas, generalmente no admiten los llamamientos a la calma que les hacen los otros.

Cierto número de comportamientos de los pacientes alcohólicos está ligado a estas reacciones imaginarias: la tendencia a querer impresionar a los otros contando historias falsas o hechos erróneos. “Puedo encontrar tantos empleos como quiera”, decía una persona tras la quiebra de su empresa debida a su consumo de alcohol. Sus interlocutores se exasperan, pero a los pacientes no les gusta que los confronten con sus errores, especialmente cuando están alcoholizados, lo que puede desencadenar en ellos esta suspicacia: los otros les tienden trampas; la desconfianza se despierta en ellos y tienen una tendencia persecutoria, que son también reacciones imaginarias. En ninguna parte la palabra de una persona alcoholizada es creíble. Si los pacientes vuelven a caer en el alcohol, siempre tienen dificultades para volver a la consulta o para integrarse en algún grupo de ayuda (Alcohólicos anónimos, por ejemplo),¹ ya que se sienten juzgados; pero el hecho de sentirse juzgados es a menudo una reacción imaginaria. Los celos del enfermo alcohólico son otro ejemplo. Derivan de su necesidad de ser amado y acogido. Si esa necesidad se frustra, el paciente puede imaginar que lo han abandonado o que ha sido burlado. El paciente puede incluso imaginar la frustración; es tan desmesurada su necesidad de satisfacción, que su pareja intenta responder como puede a esa necesidad; en ciertos casos se desarrolla un delirio de celos.

El funcionamiento compensatorio

Está próximo al comportamiento epidérmico, pues la sensibilidad está en primer lugar, pero también es un comportamiento próximo a las reacciones imaginarias. Aporta una imaginería compensatoria más o menos considerable y prolongada. Responde a dos necesidades:

- La imaginería interna o fantasía es un medio para huir del sufrimiento, la persona se refugia en un mundo imaginario. Podemos observar dos tipos: la persona puede crearse un mundo donde todo sea de lo mejor, como hubiera deseado que las cosas fueran para ella. En otros casos, sin embargo, lo que imagina son catástrofes. Una

1. N. de la T., el autor cita otros organismos existentes en Francia: *Alcool assistance*, *Croix d'or*, *Vie libre*, *Croix bleu*.

paciente alcohólica nos contó durante una consulta que su hermano había sufrido un accidente mortal y que ella misma tenía cáncer y sólo le quedaban unos meses de vida. Su hermano llamó enseguida para decirnos que todo lo que ella decía era falso y que estaban muy intranquilos por su tendencia a la fabulación. Para determinadas personas, se trata de un medio de sobrevivir, de hacer frente a duras pruebas o a un pasado difícil.

- Este funcionamiento puede también desencadenarse a partir de una efervescencia de la sensibilidad de tipo excitativa, irritante o simplemente alegre: el hecho de imaginar una escena les procura un placer que intentan mantener y prolongar.

La imagería interna cumple pues la función de compensar un sufrimiento no concienciado. La persona pretende sentirse mejor, y este funcionamiento es lo suficientemente poderoso como para expulsar las sensaciones negativas. Es necesario que encuentre otros modos de satisfacción en la realidad, de otro modo, la fantasía tenderá a mantenerse o a desencadenarse en cada nueva frustración, lo que va alejando a las personas, cada vez más, de la realidad. Para desengancharse, la persona debe pasar por una aceptación de las sensaciones dolorosas y difíciles de sostener.

La apatía de la sensibilidad

En algunos casos, la sensibilidad ya no vibra. Es también un mecanismo de defensa contra el sufrimiento, algunas personas han aprendido a “blindarse” así contra los dolores que les infligen, ya sean físicos o psíquicos. Puede ocurrir en caso de traumatismo agudo. En otros casos, se trata del fruto de una educación que apunta a que las personas se endurezcan y que no dejen entrever sus sentimientos. Trasladado a la enfermedad alcohólica, podemos decir que las personas se sirven de los efectos farmacológicos del alcohol para anestesiar su sensibilidad, tapando cualquier vivencia dolorosa o desagradable.

Después de la desintoxicación, es necesario un tiempo más o menos largo de reeducación de la capacidad de reacción frente a los acontecimientos, a la relación con los otros y a las sensaciones internas. Cada paciente debe

procurar escapar del reflejo de alcoholización que antes le permitía evitar las sensaciones desagradables. Debe desarrollar otros medios para reaccionar contra el sufrimiento.

Evitar el sufrimiento es normalmente un acto reflejo. Al ser humano no le gusta sufrir. Instintivamente, intenta evitar el sufrimiento, dejarlo en suspenso o suprimirlo cuando aparece. Cada persona posee su propio registro de reacciones primarias cuando no se siente bien:

- Las reacciones de algunas personas son más bien introvertidas: se repliegan sobre sí mismas o incluso se encierran en sí mismas, se autoacusan, se endurecen, se justifican apelando a su temperamento, su herencia o a la fatalidad.
- Otras reaccionan de manera más bien extrovertida acusando a los otros, agrediéndolos, haciéndoles reproches, buscan un culpable fuera de ellas mismas. Estas personas proyectan su malestar en el exterior, que es también una manera de no ver su propio sufrimiento y de tener la convicción de verlo en los otros. En un cierto grado, algunas personas pueden llegar a desarrollar delirios persecutorios.
- Otras se hunden, se sienten desbordadas o, por el contrario, rechazan el sufrimiento, lo ignoran, lo anestesian. Además llegan a deprimirse, pudiendo en algunos casos desarrollar serias depresiones que necesitan tratamiento.

LAS HERIDAS

El trabajo sobre sí mismo conducirá hacia el esclarecimiento de las heridas del pasado, ya que algunos tipos de alcoholización comienzan como compensación de traumatismos psicológicos, como es el caso de traumas sexuales y violaciones en particular. En la mayoría de los casos, se trata de acontecimientos ocurridos en la infancia, que han producido una disminución en el funcionamiento psíquico de la persona, con marcas duraderas, perceptibles en la memoria del sistema nervioso autónomo. Por ejemplo, un niño que haya sido frecuentemente maltratado por sus padres, cuando

se encuentre en otro universo, como la escuela o un centro de vacaciones, tendrá tendencia a protegerse levantando sus manos para taparse la cabeza. O el caso de las personas que enrojecen cuando una situación les produce un conflicto interior porque guardan memoria de ciertas situaciones que les han causado incomodidad en el plano psicológico, ese enrojecimiento traduce esa molestia que se despierta de nuevo. Las señales del cuerpo revelan la existencia del conflicto; pero la persona no es consciente de su conflicto.

Una vez herida, la persona puede verse afectada ampliamente en su cuerpo y en su vivencia psicológica, con síntomas psicossomáticos. Puede conservar una memoria consciente de ciertos contextos traumatizantes: no obstante, la mayor parte del tiempo la memoria de la verdadera herida está reprimida en el inconsciente. La represión es un mecanismo de defensa descrito por Sigmund Freud, significa que se “olvida” conscientemente un trauma padecido, pero su memoria se guarda en el inconsciente. De ciertas heridas, podríamos decir que se han “enquistado”: únicamente comprobamos que se revelan cuando la persona exterioriza una reacción desproporcionada o, a veces, un verdadero dolor físico. Una persona dice:

“No soporto que no se tenga en cuenta lo que digo, cuando se trata de lo que pienso verdaderamente. Esto me recuerda la situación con mis padres y mi hermano: él trabajaba bien en la escuela, y yo tenía que hacer mis tareas. Cuando yo quería hacer valer mi opinión no reaccionaban y no tenían en cuenta lo que yo decía. Era como si me dijeran: tú haz lo que tienes que hacer. En otro tiempo esa situación me hacía beber. Todavía hoy, aun siendo abstemio, tiendo a montar en cólera”.

Muchas personas ignoran la existencia de sus heridas. Por ejemplo, una persona puede decir que ha carecido del reconocimiento de uno de sus padres. Por ello, permanece en ella una sensación de malestar e incomodidad; son sensaciones que siente conscientemente. Sin embargo, esa sensación de incomodidad no le indica cómo ha quedado en ella esa herida ni lo que sintió en la época en que se produjo ni las consecuencias que esa herida ha tenido. Gracias al paciente trabajo de sí misma, trabajando esa

sensación de malestar, los recuerdos aparecerán en la conciencia de la persona y se despertarán otras sensaciones, hasta que pueda revivir afectivamente lo que ocurrió en aquella época. El objetivo de este trabajo de restablecimiento es encontrar la capacidad de vivir.

Una herida está ocasionada por acontecimientos que afectan a un terreno que la persona percibe como valioso y, por tanto, quiere conservarlo y protegerlo. Por otra parte, la persona puede sentir culpabilidad cuando no consigue protegerlo. Así, un enfermo alcohólico se siente culpable cuando bebe a escondidas. El hecho de no mantener el compromiso de su abstinencia lo vive mal. Y le da la sensación de que está mintiendo. Entra en contradicción con la inclinación a la verdad que existe en su interior; esta inclinación a la verdad existe en todos, sean conscientes o no de ello.

Ejemplos de las circunstancias en que se producen heridas

Según la psicopedagogía PRH,² la mayoría de las heridas psicológicas muestran una relación directa con una frustración considerable de la necesidad que tiene la persona de ser reconocida tal como ella se percibe: un niño es muy vulnerable y con que una sola persona importante para él rechace de forma perdurable su derecho a existir tal como es, bastará para crear una herida en él, lo que pone trabas a su aspiración a existir. La herida será tanto más grave y profunda si son varias las personas que no manifiestan ese reconocimiento, especialmente si es su madre, su padre, un adulto cercano, un hermano o hermana, y especialmente si esa falta de reconocimiento afecta a aspectos esenciales de su ser. Un ejemplo que podemos aportar es la dificultad que a veces tienen los padres de confiar en las capacidades del niño. El niño siente: “mis padres no tienen confianza en mí”, lo cual puede crearle inseguridad. Los padres no lo hacen de manera voluntaria, pueden tener buenas razones para sobreproteger al niño. Pero la herida ya se habrá producido... y el niño tendrá dificultades para apoyarse en sí mismo y orientar su vida siguiendo lo que él es interiormente.

Una herida produce grandes sufrimientos al niño que la padece, como muestra el siguiente ejemplo:

2. PRH International, *La personne et sa croissance*, Lexies, Toulouse, 1997.

“El hecho de que me internaran a mí, a uno de mis hermanos y a una de mis hermanas, a causa de una enfermedad de mi madre, ha sido seguramente la cosa más dolorosa que me ha ocurrido en mi infancia; lo recuerdo como si fuera ayer. Recuerdo que lloré durante muchos días y muchas noches, me sentía desconsolado, no lo comprendía. No pienso que pueda tener relación con mi consumo de alcohol, que empezó mucho más tarde, cuando tenía 16-17 años”.

Este ejemplo muestra que es importante explicar al niño lo que ocurre, decirle por qué se ha decidido tomar una decisión o medida educativa determinada, y hacerlo con el tiempo suficiente para que el niño la asimile. Se responde así a su necesidad de coherencia. Es posible que, aun cuando la persona no comprenda cómo, este sufrimiento lo haya llevado a consolarse mediante el alcohol y, una vez en la trampa, haya seguido consumiendo regularmente.

Alguna heridas sobrevienen en la edad adulta, en contextos o relaciones particularmente difíciles como: un despido, un divorcio, una violación, un accidente... El sistema de defensa del adulto está más armado que el del niño para poder hacer frente. El adulto se protege psicológicamente mejor contra las agresiones exteriores; puede relativizar, puede comprender y ser más objetivo, es más capaz de mantenerse en pie que un niño, ya que su existencia no gira únicamente en torno al reconocimiento por parte de los otros.

Podemos agregar que determinados traumatismos psicológicos de la edad adulta acontecen en un terreno anteriormente herido; estos traumatismos harán revivir al adulto lo que ya vivió siendo niño, pero con frecuencia sin ser consciente. En la vivencia psicológica global se superponen diversas edades.

Tomar conciencia de las heridas no se produce de golpe. Hay que aproximarse a ellas en el inconsciente mediante las sensaciones del presente.

Una persona revive con frecuencia escenas de su pasado al trabajar sobre la dolorosa sensación de sentirse abrumada, despreciable, con miedo de no conseguirlo sola (lo que podría derivar en un estado de pánico): su padre era violento con la familia y su madre, desbordada y exasperada, dejaba a su cargo a sus hermanos. Su padre, a menudo borracho, amenaza-

ba con suicidarse con su fusil, en la cocina, delante de él y sus hermanos. Además, esta persona oía, impotente, cómo su madre se lamentaba de su desgracia: “Estos cuatro hijos son como grilletes, estoy harta de sufrir esta vida de perros día tras día”. Cuando su padre no volvía a casa, su madre la enviaba al bar a buscarlo. Cuando llegaba al bar, su padre, que era sordo, le pedía que le transmitiera lo que decían sus amigos, que se burlaban de él, lo cual constituía otra humillación para esta persona. La herida de esta persona, la hacía sentirse aterrorizada, ignorada, inútil, abandonada por su padre y por su madre. Sobre sus hombros llevaba el peso de una hiper responsabilidad, la de que sus hermanos estuvieran callados para que no provocaran la ira de su padre de nuevo.

Es característico que una herida deje siempre cicatrices psíquicas en una persona: la dolorosa sensación de no poder conseguir algo sola, de entrar en pánico, miedos irracionales (como el miedo desproporcionado a la oscuridad, que obliga a quien lo sufre a dormir con una luz encendida), la sensación de sentirse siempre sola o de tener que mantener a otros. Estas sensaciones perduran hasta que la persona empieza a realizar el trabajo de la cura. Mediante la concienciación y el desbloqueo de la inhibición por la aparición del recuerdo del contexto en que se produjo la herida, y restituyendo progresivamente la carga afectiva retenida y rechazada, la persona conseguirá liberarse de los efectos de su herida. Todo ello lleva tiempo y requiere energía. Es necesaria una relación terapéutica, ya que la persona necesita el sostén incondicional de alguien que tenga formación en este tipo de relación para poder profundizar en la exploración de su sensación dolorosa. De este modo, podrá consumir la experiencia de recibir lo que le ha faltado en su relación con quien le ha herido, es decir, se sentirá reconocida en lo esencial de sí misma, se sentirá aceptada, sentirá seguridad afectiva y se sentirá amada incondicionalmente.

Todos estos factores alcanzan al niño, a veces, desde que está en el seno materno impulsando su existencia. Siente, más o menos consciente o dolorosamente, que su vida, lo que él es, su comportamiento o algunos de sus aspectos no son ni reconocidos ni aceptados y menos aún apreciados. Es así como aparece el fenómeno de la inexistencia.

LA DIFICULTAD DE SER UNO MISMO

Las personas tienen el sentimiento de padecer su vida, de depender de los acontecimientos en lugar de ser los actores. Esto les da una sensación de hastío, a veces de amargura y de rebeldía. Incluso aunque tengan un aparente éxito social o parezcan sólidas, pueden tener esas sensaciones en su interior.

Con frecuencia, las personas padecen ese estado durante mucho tiempo sin llegar a comprender qué les ocurre, y acaban habituándose; desconocen que podrían acceder a su vida interior si conectaran con el fondo de ellas mismas y que esto les aportaría un nuevo sentido a sus existencias.

Estas señales, sensaciones y constataciones constituyen una experiencia depresiva, pero sobreviven gracias a sus mecanismos de defensa y de compensación. Estos mecanismos las protegen contra la depresión: un psiquiatra no diagnosticaría un estado depresivo en ellas. Algunas de estas personas experimentan una lucha interna o una huida hacia delante. Es interesante detenerse en estas señales porque pueden constituir puertas de entrada para el trabajo sobre sí mismas, para que, de forma progresiva, las conduzcan a su restablecimiento.

Los síntomas en el adulto

Cuando aparece la **tristeza** “sin motivo”, puede sorprender, como en esta persona, que dice:

“Todos los sábados por la tarde, cuando intento aprovechar mi tiempo libre, me sobreviene una gran tristeza y me siento muy desgraciada. Sin embargo, cuando se acerca el fin de semana, siempre hago planes para ir de compras y comprarme algo que me guste. Pero llega el sábado y no consigo alegrarme. Es como si sintiera que no tengo derecho a ser dichosa. Me siento excluida de la felicidad”.

La tristeza puede estar asociada a una sensación de la vida interior y a la dificultad para sentirse “en onda” con los otros. A estas personas les cuesta trabajo comunicarse con los demás y tienen dificultades para experimentar sentimientos frente a los acontecimientos. Una persona dice:

“Los acontecimientos no me hacen vibrar. Si oigo que ha habido un atentado y se han producido muertos, me deja fría. Es como si no me importara, y sin embargo me parece un acto abyecto e imperdonable. Pero no siento nada. Y no puedo soportarme a mí misma”.

En menor grado, puede suponer una dificultad para sentir alegría: así, una persona que al principio de un acompañamiento terapéutico decía que le era imposible tener la sensación de estar alegre, a medida que iba progresando en el trabajo sobre sí misma, pudo descubrir esta sensación de alegría en su interior.

A veces, se perciben aires de rebelión:

“Haber venido al mundo sin ser deseado, haber sido concebido a la fuerza, por interés, por hipocresía, ¿cómo cree que puedo tener un comportamiento normal? Aprender a montar sobre un caballo de tiro dentro del serón, guardar vacas a la edad de 5 años, antes de que hubiera descubierto qué es una familia... El rechazo estaba establecido. Yo molestaba, siempre encontraban algún trabajo para mí que me sacara de en medio. Mi manera de huir: el trabajo en el campo, ¡vaya manera! Cuando sentía que el rechazo era demasiado fuerte, iba a inmunizarme con mis vecinos agricultores”.

Algunas personas tienen **dificultad para hablar** en una conversación, sienten o dicen: “no tengo nada que decir”. Esto expresa una falta de confianza en sí mismas. Esta dificultad puede manifestarse en determinadas situaciones en las que sienten malestar, como en una reunión de personas que no conocen o en una fiesta; los otros hablan pero no les dirigen especialmente la palabra. A estas personas les cuesta encontrar su lugar en el grupo. Son personas que en un equipo, por ejemplo, se dedican a seguir a los otros sin tomar jamás la iniciativa. Esta dificultad sobreviene en ciertos periodos de la vida, como respuesta a determinados acontecimientos.

El aburrimiento es otro síntoma. Las personas no saben qué hacer con su tiempo libre o actúan como una máquina, sin implicarse interiormente. Se aburren pero al mismo tiempo no se interesan por nada. Todo les parece soso. A veces envidian a otros que ven ocupados y comprometidos en acti-

vidades que les apasionan, pero nada despierta en ellas la chispa que les proporcionaría alguna apertura. Así, una persona puede decir que su única motivación para continuar viviendo es el hecho de ocuparse de sus hijos, y que aparte de eso no encuentra nada que le interese. Estas personas, que han basado su existencia solamente alrededor de la ocupación de sus hijos, pueden caer en un estado depresivo cuando el último de sus hijos deje la casa. La vida no tiene sentido para ellas si están solas.

Determinadas personas experimentan una **insatisfacción crónica**, nunca está satisfechas de sus acciones, de sus relaciones ni del comportamiento de los otros con ellas. Pueden sentir tristeza y aburrimiento, pero lo que habita en ellas es el estancamiento. “Están desmoralizadas” y a menudo culpan a los otros y a los acontecimientos. Disfrutan criticando las disfunciones, debilidades, errores o dificultades de los otros y no les perdonan sus limitaciones. Llegan incluso a ser agresivas con los demás o se lamentan de ellos ante un tercero. Se comportan como rebeldes, contestatarias. Es un comportamiento propio de los adolescentes mientras no encuentran algo que les apasiona. Las personas adultas que se comportan así saldan cuentas con las experiencias desgraciadas de su pasado buscando un chivo emisario.

Otras personas tienen dificultades para echar raíces en algún sitio y andan siempre en busca de circunstancias mejores. Abandonan una situación a pesar de ser satisfactoria, y se mudan a veces sin motivos válidos. Una persona dice:

“La seguridad me produce inseguridad. Cuando llevo un tiempo viviendo en un lugar, debo marcharme. Tengo miedo de anquilosarme, aun cuando objetivamente no sea así”.

Podemos incluso observar comportamientos sorprendentes: determinadas personas abandonan brutalmente su situación profesional, su hogar, su pareja, su alojamiento, sin preocuparse de conseguir otro y algunas se convierten en vagabundos.

La **incapacidad de asumir las responsabilidades** se manifiesta mediante la dificultad de tomar decisiones. Algunas personas actúan de manera que otras decidan en su lugar; no soportan ser responsables de una decisión propia, de la que podrían pedirles cuentas. En este línea, diversos

fenómenos se ponen en juego: puede tratarse de la dificultad para asumir la palabra dada, si les dicen: “usted me ha dicho esto...”, lo niegan. Parece como si tuvieran miedo a ser juzgadas por los otros; les cuesta existir siendo diferentes de los otros y no pueden asumir esa diferencia.

Algunos padres tienen dificultades para poner límites a sus hijos. Parece que lo que buscan es el reconocimiento de sus hijos y que éstos los amen, cuando el rol que han de desempeñar es el contrario: amar y reconocer a sus hijos en lo mejor que llevan en sí. Esto padres tienen grandes dificultades para contradecir al hijo, para corregirlo y para decirle claramente lo que esperan de él, o para prohibirle lo que sea. No muestran sus deseos al hijo. Y éste no puede llegar a saber lo que sus padres piensan ni sienten, pero necesita que le digan lo que es bueno para él y lo que se espera de él a su edad, dicho de otro modo, lo que puede asumir teniendo en cuenta su madurez y su inteligencia. ¿Cómo se puede hablar con un hijo, convertido en adolescente, para que desarrolle la manera de funcionar de un adulto, manteniendo siempre el diálogo y la confianza? Algunos padres no saben posicionarse ante sus hijos, que siempre demandan más y sin límite. Estos padres dimiten. En algunos casos se podría decir que estos padres no existen y que son los hijos los que llevan las riendas. Este comportamiento parental a veces oscila entre dejar hacer y el autoritarismo. Al hijo no le será posible recobrarse a sí mismo ni con uno ni con el otro comportamiento. Esta ausencia de límites supone para él una puerta abierta para un comportamiento de alcoholización o para tomar otro tipo de productos adictivos.

La dificultad de ser uno mismo puede no manifestarse en algunos casos como retraimiento, sino al contrario, **poniéndose siempre delante**. En un grupo, esas personas hablan siempre las primeras, les cuesta escuchar a los otros, a veces interrumpen al que está hablando, hablan sobre todo de ellas mismas sin tener en cuenta realmente a los otros. Lo que dicen de ellas los demás es que sólo hay lugar “para ellas”; a veces, estas personas dan la impresión de que se sobreestiman. Un comportamiento semejante puede aparecer en alguien que anteriormente estuviera eclipsado: es como si hubiera encontrado un medio de mostrarse a los otros, como si tratara de ajustar cuentas con su pasado. Para no vivir agobiadas, toman la delantera.

En algunos enfermos alcohólicos podemos constatar un funcionamiento parecido tras la desintoxicación: cuando se alcoholizaban, nunca tomaban la palabra, los otros hablaban por ellos; ahora, en cambio, toman la palabra en cuanto tienen ocasión. Puede parecer excesivo, pero tienen verdadera necesidad de recuperar el tiempo perdido. Un paciente dice: “He perdido 20 años de mi vida alcoholizándome”. A veces, sus allegados subrayan que la relación con ellos era más fácil cuando bebían. Mediante este comportamiento, los pacientes se aportan a sí mismos una imagen idealizada de sí, en la que parecen muy alegres. Pero es frágil, pues cuando tropiezan de nuevo con una situación difícil, pueden hundirse, volver al alcohol o desarrollar un estado depresivo. A medida que van cogiendo seguridad y gracias al trabajo sobre sí mismos, aprenden a escuchar a los otros así como a ajustar sus turnos de palabra.

En el caso de niños y adolescentes

La dificultad de ser uno mismo, llamada “no-existencia” en la terminología PRH, resulta de las heridas sufridas en el pasado. A causa de su sistema defensivo, el niño acaba por no sentir la aspiración a existir en los aspectos en los que no se siente aceptado. Percibe que el entorno en el que se encuentra no lo quiere tal como él es, y se culpabiliza de no ser como los otros querrían que fuera.

Estos traumas aparecen cuando no se escucha al niño en los momentos en que comunica lo esencial de sí mismo. Lo esencial está emparentado con lo que hay en su corazón, con lo que podría convertirse en una clara vocación, con lo que toca a su propia verdad. Por esta razón, es muy duro para un niño que las personas de su entorno le digan que es mentiroso y que no sirve para nada, ya que son personas por las que siente amor, son su guía en la vida y, cuando son esas mismas personas quienes le hieren, tiene un sentimiento de incoherencia.

El niño puede también no ser creído en lo que de esencial transmite; por otra parte, ¿acaso los adultos se toman siempre en serio lo que le dicen los niños? ¿O es que no les responden a veces: “lo comprenderás cuando seas mayor”? Una respuesta semejante siempre es vivida por el niño como una falta de reconocimiento, y se siente humillado cuando lo que busca es comprender.

Tras estos traumas, el niño continúa luchando por conseguir reconocimiento; manifiesta sus sentimientos de injusticia en relación con los comportamientos de los adultos; llora, reivindica su derecho a ser amado tal como él es, pero su entorno no comprende su angustia y si, además, se le acusa de que está molestando, acabará callándose. Sentirá la inutilidad de sus esfuerzos y entrará en una modalidad de desesperanza. Se convencerá de que su necesidad vital de reconocimiento no puede ser oída ni comprendida. Una adolescente puede llegar a decir: “Teniendo un hijo es la única manera de abandonar el medio familiar”, si lo percibe como un medio que le pone trabas y la ahoga. El adolescente acabará por no creer ya en una comunicación posible, y algunos dicen incluso que sus padres no son ya sus padres. Es una forma de protegerse para no sufrir más. Al mismo tiempo y para poder sobrevivir, renuncian a su deseo de ser tal como son en el fondo de sí mismos.

No obstante, a la mayoría de los niños, el instinto de la vida los empuja a no dejarse destruir completamente y les conduce a compensar este sufrimiento mediante otras formas de existencia. El medio más habitual es un resurgimiento para tratar de restablecer su equilibrio. Si no es reconocido en lo que constituye lo esencial de sí mismo, el niño desarrolla potencialidades apreciadas por las personas de su entorno y que corresponden a las expectativas de éstas. Por ejemplo, algunos van muy bien en la escuela, o se emplean a fondo en un deporte, otros desarrollarán un exceso de obediencia o la capacidad de hacer reír a los demás ...

Si son interrogados al respecto, los adolescentes o los adultos jóvenes señalarán los excesos en su comportamiento, y se puede trabajar entonces con ellos el modo de reajustarse con el fondo de sí mismos.

Algunos niños o adolescentes, más o menos conscientes de las fallas en los adultos, reaccionan a esta no-existencia que les han impuesto mediante la rebelión, la oposición casi sistemática, o mediante algún tipo de desviación o marginalidad (mentiras, fugas, robos...). Restablecen inconscientemente una forma de justicia ejerciendo una relación de poder dirigida a su entorno, después de haber padecido la dominación de éste. Actuando de este modo, no consiguen que desaparezca su malestar existencial, lo que los conduce fácilmente al abuso del alcohol y al consumo de drogas.

En otros casos ejercen una especie de presión sobre las personas de las que esperan reconocimiento y amor, como tratando de forzarlas a que tengan en cuenta su existencia; es el caso de los niños que utilizan la enfermedad, los fracasos, sus miedos para llamar la atención de los adultos —prueban así que no son totalmente inexistentes a sus ojos.

El niño o el adolescente también puede encontrar un medio de escapar del ambiente familiar buscando el reconocimiento en otra parte. Esta maniobra es frecuente en los adolescentes, para quienes la vida con los amigos va adquiriendo cada vez más importancia, hasta convertirse en esencial.

Es importante precisar que las heridas del pasado no son irremediables; el ser humano posee en sí mismo la posibilidad de curar estos traumatismos y sus consecuencias en el comportamiento. También es importante localizar los síntomas de la dificultad de ser él mismo en el adulto, ya que son la marca de sus heridas. La necesidad de sentirse reconocida en lo que es importante y esencial para la persona persiste, aun cuando se exprese torpemente mediante disfunciones. Más allá del sufrimiento, permanece la aspiración a existir y a vivir según su potencial. Una persona puede apoyarse en esta aspiración para avanzar en su trabajo de crecimiento personal y en su curación.

Las heridas dejan cicatrices psíquicas que quedan subrayadas por reacciones desproporcionadas y repetitivas, mecanismos de compensación, el sistema defensivo y el fenómeno de la vergüenza.

LAS REACCIONES DESPROPORCIONADAS Y REPETITIVAS

Si un acontecimiento o una palabra toca un aspecto hipersensible producido por un sufrimiento del pasado, la persona puede reaccionar de forma desproporcionada y repetitiva, como en este caso:

“Cuando voy mal, reacciono siempre agresivamente, tengo que agredir a la gente, aun cuando no tenga ganas e incluso aunque en el fondo un comportamiento así no se corresponde con mi carácter, pues soy bastante acomodaticio”.

Podemos esquematizar tres tipos de reacciones desproporcionadas:

- Una reacción exteriorizada, de tipo defensivo: la persona agrede a los otros, o bien los rechaza manteniéndolos a distancia.
- Una reacción interna de inhibición de la agresividad: en este caso podemos hablar de inhibición de la agresividad que no se siente conscientemente. Cada vez que se da esta inhibición, aparecen otras manifestaciones, por ejemplo: morderse las uñas, algunos tipos de hipertensión ligados al estrés, algunas formas de culpabilidad.
- Una reacción interna de abandono de todo tipo de acción, dimisión, capitulación, evitación. En este caso, las personas se sienten mal, deprimidas, con desinterés, decepcionadas y, a veces, dirán: “Todo me da igual”.

En algunos casos, se encadenan varias reacciones desproporcionadas: una primera reacción puede ser de tipo agresivo, seguida de una reacción depresiva, como en este caso:

“A veces me ocurre que me pongo agresivo, incluso repulsivo, sobre todo en el trabajo. Por ejemplo, me horroriza que no se me trate como a los otros. Pueden parecer celos, pero considero que lo que se concede a uno, se debe conceder también al otro. Si no es así, me salgo de mis casillas, exploto, me pongo rojo y lo saco todo, especialmente el mal que ha hecho esa persona, tanto a mí como a los otros, y eso me alivia. Pero cuando no consigo que me entiendan ni me comprendan, me deprimó, me siento abandonado y triste, y entonces intento buscar una solución, como coger la baja, con la esperanza de que esa persona comprenda el trabajo que realizo”.

Sin embargo, no toda reacción fuerte es una reacción desproporcionada. Una madre que defiende a su hijo, lo hace con fuerza porque siente que están amenazando algo esencial para ella. Si una persona está cansada, podrá tener reacciones en las que pierda su calma habitual.

La desproporción significa que la reacción es **anormal** dentro del contexto que la ha desencadenado. Estas reacciones pueden ir de la agresividad a la inhibición; tienen tendencia a reproducirse en circunstancias análogas

frente a las mismas personas o a los mismos tipos de situación. Se convierten en **repetitivas** y, en este caso, están vinculadas a una herida del pasado: un acontecimiento o una persona determinada despiertan la memoria inconsciente de la herida, lo que desencadena la reacción incontrolada. La persona experimenta un fenómeno de proyección de su vivencia interior en el contexto relacional en el que se encuentra; percibe a sus interlocutores como “agresores”. En esa situación del pasado, se ha sentido realmente agredida, aun cuando el otro no tuviera ninguna intención de hacerle daño. Este fenómeno se denomina “transferencia” en psicología, y significa que interiormente la persona transfiere a otro, de forma inconsciente o subconsciente, una vivencia del pasado.

La repetición de reacciones desproporcionadas, como la repetición de una sensación de culpabilidad, indica un problema relacionado con la historia personal. Estas heridas del pasado, a menudo se enquistan en la sensibilidad y se despiertan cuando las circunstancias muestran analogías con la situación inicial. Estas reacciones suponen también excelentes puertas de entrada para realizar el trabajo de la curación. Podemos empezar con la observación de estas reacciones, identificando el contexto y luego ver qué es lo que las desencadena, es decir, qué tipo de sensación; puede tratarse de una sensación de humillación, de opresión, de estrés, de inexistencia...

Otros ejemplos de reacciones desproporcionadas y repetitivas

Puede producirse una **fijación afectiva**, que representa una transferencia, con respecto a hombres o mujeres que la persona crea que podrán satisfacer las necesidades cuya carencia ha padecido en la infancia. La persona se vincula a otra persona, con respecto a la cual tiene un cierto grado de dependencia. Invierte a esta nueva persona como si fuera alguien que le da nuevamente el derecho a existir tal como se siente verdaderamente. Su aspiración de existir se despierta con fuerza así como su necesidad de reconocimiento (se siente amada, escuchada, importante a sus ojos...). Busca ahora más reconocimiento, esperando en determinados casos que todo le sea concedido por esa persona cuyo reconocimiento y satisfacción desea. La llama por teléfono constantemente, le hace regalos, invitaciones, etc. No es fácil gestionar estas manifestaciones en una relación interpersonal: por un

lado, con su aspiración, la persona tiene expectativas exageradas, querría que la otra persona le perteneciera totalmente, lo que conlleva frustraciones insostenibles, y puede tener la impresión de rechazo. Por otra parte, objetivamente, el otro no podrá colmar el hueco ocasionado en el pasado; no obstante, poco a poco la persona puede aumentar su capacidad de soportar la frustración, para existir de forma autónoma.

Las personas que manifiestan esta fijación deben hacer frente a la presión psicológica que ejerce el otro y deben aprender a situarse con rectitud frente a las necesidades, las propias y las del otro. Cuando resulta claro este tipo de comportamiento y se puede gestionar bien, estas situaciones pueden ayudar a la persona a crecer y a restablecerse de esa necesidad enfermiza de reconocimiento. Un ejemplo muestra cómo se desarrolla una fijación afectiva en un paciente en tratamiento en fase de reconstrucción:

“Encontré una amiga... Sentía verdadera alegría de vivir a su lado, el bienestar surgía de todos sus poros y lo compartía conmigo... No me juzgaba... Viví una especie de renacimiento. Pensé que por fin había encontrado solución a mi problema afectivo... Pero, desgraciadamente, ella sentía que la ahogaba, que la oprimía y yo no me daba cuenta. Un día me dijo: ‘vamos a desayunar y luego tengo que hablar contigo’ (...) ‘necesito mi independencia, me ahogas, nuestra relación no va a ningún lado’. (...) Cuando llegué a casa, traté de concretar, me sentía mal, muy mal. Tomé papel y lápiz y fue entonces cuando comencé a poner por escrito lo que me ocurría; en lo referente a relaciones, traté de comprender la disfunción afectiva que mi piel traslucía desde mi más tierna infancia, como si fuera ira. Pasé un fin de semana entero llorando, escribiendo lo que esta amiga me había hecho descubrir, en todos los sentidos de la palabra. Era como si acabara de descubrir el alfabeto y que me pusieran directamente frente a un ordenador... Una vez más, volvía a surgir el rechazo que sentía desde mi infancia y comprendí por qué ahogaba a mi amiga a nivel relacional, afectivo, emocional: buscaba una madre y no una mujer, una madre que me amara, me acunara, me mimara”.

El miedo de no contar para el otro traduce el sentimiento de falta de reconocimiento en la infancia o la inseguridad afectiva y la duda de las

capacidades propias se infiltran en la persona. Llegando a la edad adulta, ésta vive con inquietud la duda de que puedan amarla e interesarse por ella, o bien duda de que ese amor pueda ser duradero. Tiene miedo de no ser acogida o incluso de no ser acogida nunca más, teme ser rechazada, abandonada y, en ocasiones, será ella misma quien anticipe ese rechazo o ese abandono provocando la ruptura de la relación.

Un ejemplo son las personas que, tras haber iniciado un tratamiento de ayuda con acompañamiento, lo abandonan después de algunas entrevistas o algunos meses. Con frecuencia, estas personas han investido en exceso esa relación de ayuda y su deseo es exagerado: se despierta en ellas la expectativa de ser colmadas por esa relación de ayuda. No obstante y al mismo tiempo, aparece también la falta y el recuerdo de la herida de abandono. Para no sufrir, estas personas abandonan esta relación de ayuda.

Este tipo de reacciones desproporcionadas y repetitivas surge en estas personas cuando sienten que alguien hace diferencias entre ellas y los demás:

“Mis reacciones son más o menos repetitivas, pero a lo largo de los años se han ido suavizando, ya no veo las cosas como a los 30 años, época en que mi vida era muy difícil: alcohol, tabaco, falta de dinero, hijos, etc. Mis reacciones en el pasado eran siempre más o menos las mismas. Pienso que eso viene de la diferencia que mi madre hacía entre mi hermano, que nació después de mí, y yo, que soy el tercero de la familia. Nos llevamos cinco años, yo no aprendía nada en la escuela y no me gustaba, mi madre veía en mi hermano un lumbreras, en la escuela y en todo. Así que yo tenía que hacer todos los trabajos: entrar la leña en casa, meter los conejos y los pollos en el corral, tenía que ir a buscar la leche a la granja, desgranar las judías, ocuparme del jardín, trabajar los jueves que no tenía colegio, y no tenía vacaciones. Era tan grandes las diferencias que mi madre hacía entre nosotros, que los vecinos lo notaban y me consolaban. Afortunadamente mi padre me quería, aunque no lo veía demasiado ya que viajaba a menudo”.

Además de la sensación de sentirse rechazado, este ejemplo muestra el punto de partida de la reacción desproporcionada que aún permanece, y

muestra también que el niño y luego el adolescente se apoyaba en los vecinos y en su padre para atenuar su sufrimiento. Apoyarse en otros es un mecanismo para compensar esa herida de inexistencia. La persona aprende así a continuar viviendo para conservar el sentido de lo que es y de lo que hace. Estos mecanismos permanecen y en el futuro siguen siendo un sostén en otras situaciones difíciles; es importante concienciarse de ellos para poder utilizarlos de forma inteligente.

La **sensación de carecer** o echar de menos algo o a alguien, que también llamamos frustración, traduce el deseo de obtener satisfacción de una necesidad. Se trata de una reacción desproporcionada sutil, que puede fácilmente convertirse en una trampa para la persona desencadenando un comportamiento de compensación; ahora bien, si la persona lo rechaza soportando la carencia, puede convertirse en motor para desarrollar determinadas potencialidades. Así pues, en situaciones carenciales, invitamos a las personas a desarrollar sus recursos para superarlas. Los pacientes dependientes del alcohol conocen bien este fenómeno tras la desintoxicación. Privados del sostén que les suponía el alcohol, deben enfrentarse a sí mismos tal y como son, con sus zonas de luz y sus zonas de sombra. Experimentan el síndrome de abstinencia, las ganas de beber, ansiedad ante un paso difícil de dar, sensaciones de malestar, soledad por no frecuentar a las mismas personas con las que antes se alcoholizaba: se trata siempre de frustraciones. Se enfrentan a esta elección: o se alcoholizan como antes, como acto reflejo que calma esa sensación desagradable o soportan esa sensación. Para poder soportarla, tienen que apelar a su propia fuerza interna, a algo que les aporte sensación de vida y les permita continuar avanzando y dar sentido a su existencia.

La **culpabilidad** es un fenómeno universal relacionado con la condición humana. Es una marca frágil e imperfecta de la naturaleza humana. Según la experiencia del niño, cuando no puede satisfacer un determinado deseo en su relación con los otros, se siente culpable entonces por ese deseo o necesidad, y en ocasiones los adultos también lo culpabilizan.

Es importante distinguir entre los diferentes aspectos de la culpabilidad: falta, responsabilidad, culpabilidad y culpabilización.

Una **falta** es un acto que la persona ha cometido voluntariamente hiriendo a alguna otra. La responsabilidad personal queda siempre comprometida

por la falta: hay que asumirla con todas sus consecuencias. Una falta no es siempre reconocida como tal, es el caso de determinados delitos o crímenes. Algunas personas no reconocen su responsabilidad ni siquiera reconocen ser los actores del delito o crimen, y se justifican o responsabilizan a la víctima. Determinados tipos de personalidad funcionan esencialmente satisfaciendo sus necesidades personales, sin preocuparse de los demás, no conocen el sentimiento de culpabilidad. Cuando se realiza un trabajo educativo con estas personas, tras una falta cometida, se intenta conseguir que tengan un sentimiento de culpabilidad o, al menos, que reconozcan haber cometido un acto inadmisibile y traumático para otro.

En caso de infracción o de fallo personal, se desencadena habitualmente el sentimiento de **responsabilidad** cada vez que una persona pone a otra en dificultades sin querer. Por ejemplo, cuando una persona dice algo que, sin querer, hiere a otra o cuando comete un error y siente un arrepentimiento sosegado pero real, sin remordimiento.

El sentimiento de **culpabilidad** por el contrario, se manifiesta con verdadero malestar. La persona puede sentirse al mismo tiempo desanimada, inútil, enferma, incapaz y “nula”, es decir, impotente. Este sentimiento puede desencadenarse a partir de un acontecimiento real; se percibe una reacción desproporcionada de la vida intrapsíquica, según el sufrimiento, y éste aparece exagerado y con tendencia a permanecer. Con frecuencia, le da vueltas a lo ocurrido sin encontrar una solución. Comienza con algo que la persona no se perdona, no admite o no acepta, un elemento que encuentra explicación en su historia personal y particularmente en el pasado. Por ejemplo, en estado de depresión aguda, una persona puede estar dándole vueltas a las faltas que ha cometido en los años anteriores sin encontrar paz. Por su desproporción, son reacciones incomprensibles para un observador externo.

La **culpabilización** es un mecanismo amplificador que podemos denominar también mecanismo de agobio, de autoacusación o de autoflagelación. Se desencadena ante acontecimientos concretos en los que la persona experimenta la necesidad de rumiar el acontecimiento que le ha hecho daño. En un grado mayor, este mecanismo puede darse de forma más o menos permanente en algunas personas. Éstas tienen de forma permanente una imagen

negativa de sí mismas que, paradójicamente, les da seguridad, ya que evitan así responsabilizarse.

LOS MECANISMOS DE COMPENSACIÓN

Compensar quiere decir que la persona intenta borrar las dificultades que tiene en cualquier ámbito para restablecer el equilibrio, es decir, para sentirse bien de nuevo. La persona percibe un malestar del que, sin embargo, no es realmente consciente. Para evitar sentirse mal, reemplaza el sentimiento desagradable por este mecanismo que le produce placer e inmediatamente se siente un poco mejor.

Desde su origen, los niños aprenden a compensar de forma refleja: un bebé que llora porque tiene hambre ejerce un poder enorme en su entorno. Normalmente, cuando un bebé grita, su madre le da el pecho o el biberón, cosa que enseguida lo calma. De ese modo aprende no sólo que el hambre desaparece cuando come o mama, sino también a reemplazar una sensación desagradable con alimento. Cuando el niño crece, ya no necesita a su madre para que le dé de comer, puede comprarse bombones o servirse cualquier cosa de la nevera. Un adulto también picoteará algo: pastel, chocolate... El origen de este funcionamiento es la necesidad de no sentirse mal. Merced a la relación educativa que acompaña al gesto de dar de comer, el niño aprenderá poco a poco a gestionar su hambre, aplazando su necesidad hasta la hora de comer, pero también puede “quedarse con su hambre”, buscando soluciones fáciles, de modo que la compensación se convierta en un acto reflejo, como este paciente que dice: “A mis 11 años, trabajando con mi padre, vi la botella de vino en el tractor y empecé a servirme”.

Si el malestar revela una sensación de carencia afectiva antigua, el padecimiento de la frustración puede llegar a ser intolerable en determinadas ocasiones o circunstancias. En estos casos, podemos, por un lado, intentar comprender la carencia que hace sufrir y, por otro lado, lo que está pugnando por salir a la vida en lo profundo de la persona y que ésta no puede realizar, por lo que también sufre. Si el hábito de una persona consiste en evitar siempre lo que es desagradable, evitará cuestionarse acerca de lo que

la atormenta, y lo que consigue así es evitar el desarrollo de sus potencialidades profundas. Cada vez que aparezca una dificultad, restablecerá su equilibrio interno proporcionándose placer mediante el mecanismo de evitar la tensión.

Algunas personas dependientes del alcohol solicitan ser hospitalizados cuando están mal, pero en cuanto se sienten un poco mejor quieren salir. En lugar de comprometerse y trabajar en profundidad sobre sus comportamientos, dejan el tratamiento en cuanto el equilibrio queda algo restablecido, lo que ocurre debido a la ausencia de toxicidad sobre todo. No están preparados para ir más allá y para cambiar realmente su relación con el alcohol.

Y además, restablecer el equilibrio interno puede convertirse en un hábito del toxicómano: éste responde así a una contrariedad o a un malestar mediante la absorción del producto (alcohol tabaco, cannabis, heroína, cocaína...), en su búsqueda de un efecto psicotrópico rápido.

En la aproximación a estos comportamientos, es necesario advertir a los pacientes que evitan de ese modo confrontarse con su malestar, que están evitando también confrontarse con su vivencia profunda, y que es posible que ésta atañe a algún sufrimiento, pero tiene también aspectos positivos. Para confrontarse a sí mismos, deben aprender a soportar sus frustraciones. Gracias a un trabajo interior podrán desarrollar otras respuestas diferentes a la compensación mediante alcohol.

Diversas circunstancias que pueden desencadenar una compensación mediante alcohol

En la vida cotidiana, los mecanismos de compensación se desencadenan cuando una persona se encuentra ante una dificultad, por ejemplo:

- En un contexto de trabajo: ante una dificultad profesional, ante dificultades de adaptación a los cambios, ante un aumento del volumen de trabajo.
- En el contexto de la vida familiar o de pareja: en caso de insatisfacción de la vida en común, en caso de dificultades relacionales o de comunicación, en caso de que no se respeten las condiciones básicas de la vida de pareja o de familia.

- En relaciones difíciles: conflictos de todo tipo que conllevan agresividad, celos, dominación o sumisión, la relación con la autoridad, la aceptación de los otros.
- En dificultades personales: reacciones de ansiedad y de angustia, de miedo, estrés, dificultad de aceptar las condiciones de vida, tristeza, desánimo, depresión y desvalorización de sí mismo, cansancio y agotamiento, dudar de sí mismo.

La compensación mediante el alcohol no se produce siempre de forma inmediata. En muchas situaciones, se aplaza esta reacción para más tarde, se produce en otro contexto. Por ejemplo, tomar una copa al volver del trabajo puede suponer una reacción de compensación debido a una dificultad que se ha tenido durante la jornada laboral. Mientras tanto, se retiene, se domina.

Existen comportamientos de alcoholización ritualizados por la costumbre, por ejemplo: con motivo de un acontecimiento deportivo. De una manera sutil, puede tratarse también de compensaciones. Un comportamiento de alcoholización puede acentuarse tras una gran decepción, y si una persona hace poco tiempo que es abstemia, puede producirse un recaída, por ejemplo:

“Yo era el responsable de mantenimiento de una empresa. Fui despedido tras una operación de hernia discal, una enfermedad considerada profesional. Esto me conmocionó. Al principio, tuve que hacer reposo absoluto durante 7 meses, pero cuando me sentí mejor y quise volver a trabajar, fue catastrófico: no encontraba nada, en la oficina de empleo no encontraban ningún trabajo para mí y empecé a aumentar mis ya frecuentes visitas a los bares, a beber en casa; y fue un delirio: escondía las botellas, necesitaba hacer provisión diariamente por el miedo a quedarme sin alcohol. Aun habiendo sido ya antes un bebedor, jamás me había encontrado en una situación parecida”.

Diferentes mecanismos compensatorios

Algunas personas han aprendido a compensar su malestar mediante un don: haciendo reír a los demás, esmerándose en el trabajo escolar o entre-

gándose a diversos servicios. Ciertos mecanismos de compensación toman pues como eje, esencialmente, el desarrollo de lo positivo de uno mismo. Tras la privación de las bebidas alcohólicas, fomentar este tipo de funcionamiento puede ser útil, ya que sin ningún tipo de compensación los pacientes pueden sentirse muy desprovistos, mientras que antes evitaban las sensaciones desagradables con alcohol. Es necesario que experimenten todo lo que les aporte bienestar, lo que tenga sentido para ellos y lo que les permita vivir de otra manera. El hecho de compensar no es en sí mismo negativo, a condición de saber el porqué y cuáles son los límites. Se trata ahora de aprender a compensar de forma inteligente. En la compensación intervienen varios mecanismos, la persona puede apelar a todos sus recursos tanto psíquicos como somáticos. Determinados mecanismos pueden aportar ayuda en situaciones difíciles. Cada paciente deberá aprender, mediante un trabajo sobre sí mismo, lo que le ayuda y lo que no, para conseguir convertirse en sí mismo.

La **imagen de sí mismo**: la imagen idealizada compensa cualquier sentimiento negativo de insuficiencia personal, debilidad, fragilidad. Puede tratarse de la necesidad de sentir reconocimiento social, de desarrollar una carrera exitosa o de ganar mucho dinero para colmar una infancia difícil. Algunas personas se dedican a contar hechos inventados para llamar la atención de los demás mediante fabulaciones, llegando en algunos casos a ser mitómanos. Otras ejercen presión sobre los demás para atraerlos y dominarlos, hostigándoles incluso, lo que puede suponer a veces abuso de poder. En estos casos, se utiliza la imagen como una disfunción y se experimenta la compensación a costa de los demás. Por el contrario, ajustar la imagen puede llegar a ser un reflejo de compensación inteligente: cuando una persona, que se encuentra realizando el trabajo de su abstinencia, programa su jornada y toma cada día la decisión de no consumir alcohol, al final del día se siente contenta consigo misma; se ve de forma diferente y tiene una buena imagen de sí misma. Si renueva esta experiencia cada día, va progresando en la adquisición de una mejor imagen de sí misma.

La **sensibilidad**: la compensación apela a la imaginación, a la evasión, a la fantasía. Un ejemplo: la lectura relajante, que despierta sensaciones agradables, recuerdos placenteros, o permite penetrar en otros personajes, vivir

aventuras mediante la imaginación y la evasión. La televisión, el cine, la música pueden tener esta función.

Los **otros**: el niño desarrolla la capacidad de complacer a las personas que lo rodean, mientras busca reconocimiento. Desarrolla así aspectos que esas personas aprecian, busca gratificaciones para hacerse un lugar en ese universo en el que va creciendo. Esta búsqueda de reconocimiento sigue existiendo sobre un fondo de heridas, con una imagen negativa de sí mismo.

El **cuerpo**: debido a su capacidad de dar placer, el cuerpo es frecuentemente utilizado para compensar una vivencia desagradable. El placer físico, que puede desencadenar el hecho de tomar un producto (café, té, tabaco, alcohol, drogas...), actúa sobre lo psíquico. El siguiente testimonio lo subraya:

“Cuando mi pasado resurge, yo lo compenso con alcohol. Especialmente la muerte de mi hija, mi marido y mi tío. Pero puede ser peor todavía, tuve un padre muy severo y padecí violencias psíquicas en mi entorno familiar. Cuando aparece ese sufrimiento, tengo una fuerte necesidad de beber”.

Otro ejemplo es la alimentación: todos conocemos los pequeños placeres que amenizan la vida, mejoran los días de fiesta o combaten la sensación de aburrimiento. El deporte, la búsqueda de realización, la cultura física procuran placer. No se trata tan sólo del cuerpo en sí mismo, sino también de todas sus representaciones mentales; en particular, entran en juego la imagen y el ideal de uno mismo. Las necesidades sexuales pueden también utilizarse cuando se busca compensación.

El trabajo y las actividades: determinadas personas han desarrollado mucho sus compromisos con el trabajo u otras actividades; se entregan sin reservas, no descansan jamás, existe una especie de dependencia de su empresa: van a trabajar los domingos o se llevan el trabajo a casa. Estas personas pueden ser desagradables e irritables, tener mal humor en las relaciones familiares, ya que sus vidas están desequilibradas, padecen una hipertrofia de trabajo y una “atrofia” en otros sectores de su vida, como descanso, amistades, naturaleza o ejercicio físico, por ejemplo. Se les denomina “adictos al trabajo” o “workaholics”. Puede deberse a que están empeñados en el reconocimiento social.

El fondo de uno mismo, el ser: frente a una dificultad cotidiana, las personas utilizan también sus recursos más profundos. En este caso, lo particular de la compensación es que estas personas echan mano de aspectos aceptados y apreciados por las personas importantes para ellos, por ejemplo la inteligencia, la gentileza o hacer reír a los otros; este movimiento compensatorio está más enfocado al reconocimiento de los otros que al crecimiento personal. Estas personas se apoyan en un instinto vital y perciben la falla o el desajuste en las personas que las rodean. Procediendo de este modo, deben aprender a armonizar sus acciones y a no utilizar solamente uno de sus aspectos positivos, sino a desarrollarlos para evolucionar hacia la aceptación de la vida en general y de lo que ellas son realmente, viviendo con sabiduría y prudencia, y sin abusar de sus capacidades ni de sus fuerzas físicas.

Generalmente, reconocemos los mecanismos de compensación por su repetición, pudiendo incluso convertirse en hábitos que atrapan a la persona. Estos mecanismos pueden aparecer de forma exagerada cuando una persona los aplica sin reflexionar. Veamos este ejemplo:

“Antes de dejar de beber, necesitaba un litro de vino blanco por la mañana antes de ir al trabajo. Después de mi desintoxicación, lo reemplacé por un litro de zumo de naranja. No podía hacer otra cosa, tenía la necesidad de llenar el estómago. Esto duró un año. Luego, aprendí y ya no necesitaba beber un litro por la mañana”.

Salir de los mecanismos de compensación requiere que la persona esté atenta a lo que habita en su interior. Es importante tener de nuevo en cuenta la aspiración de convertirse en uno mismo, el deseo de vivir y de salir adelante, con las potencialidades que cada uno tenga, y liberarse de esa carrera por el reconocimiento de los otros.

EL SISTEMA DE DEFENSA

La necesidad de protegerse contra el sufrimiento, sea del tipo que sea, hace que se desarrolle muy temprano un sistema defensivo más o menos

fuerte en función de los individuos. La persona integra todas las experiencias que le han hecho sentir incomodidad, malestar o dolor en el plano psicológico. Las raíces del sistema defensivo probablemente se han transmitido genéticamente desde hace miles de años, ya que el hombre debía defenderse de todo lo que amenazaba su existencia, mediante un comportamiento de ataque, de huida y anestesiando el dolor. En el hombre, el desarrollo del sistema de defensa es el resultado de su inteligencia superior en relación con otros seres vivos. En los albores de la humanidad, los hombres prehistóricos consiguieron defenderse de los peligros que les amenazaban al aprender a erguirse, ya que podían así ver desde más lejos el peligro y podían ponerse a salvo o preparar su contraataque.

El objetivo del sistema de defensa es proteger una realidad valiosa que concierne a la integridad de la persona: su identidad, su proceder esencial, los vínculos importantes vividos en el ser, la conciencia profunda, la capacidad de razonar, la imagen de sí misma, la sensibilidad, el cuerpo. Por esta razón, las personas se defienden cuando presiente un peligro. Conciernen a tres aspectos:

- A las personas externas que, sin intención, despiertan un aspecto doloroso de lo vivido por la persona.
- Al sufrimiento interior, del que la persona se protege.
- A lo positivo personal cuando perturba.

Podemos describir 5 elementos principales del sistema de defensa: atacar a los otros, evitar y huir, endurecerse, minimizar las necesidades y aspiraciones, anestesiarse la vivencia interior. Cada cual ha desarrollado y comprendido la eficacia de determinados mecanismos, hasta incluso convertirlos en su auténtico sistema de defensa que la persona utiliza de forma refleja. Ciertas personas, por ejemplo, tienen una forma de proceder que se basa en el ataque, otras huyen, otras se repliegan sobre sí mismas. Tomar conciencia del propio sistema de defensa exige tiempo, en la medida en que se trata de fenómenos más o menos conscientes; los diferentes mecanismos de compensación descritos en el capítulo anterior esconden con frecuencia diversos elementos del sistema de defensa: en situaciones de contrariedad y frustración, la alcoholización compensa el sufrimiento. Pero esa misma

alcoholización forma parte de la evitación del sufrimiento y los pacientes utilizan otros mecanismos de evitación para activar su sistema de defensa (el disimulo, la mentira). Algunas personas se alcoholizan antes de reunirse con otros, ya que, si no, se sentirían inferiores; utilizan el alcohol para poder enfrentarse a la otra persona.

Atacar a los otros

Se manifiesta mediante la agresividad, verbal o física, unas veces manteniendo a los otros a distancia y otras agrediéndoles con decisión. Habitualmente aparece este mecanismo cuando un acontecimiento actual reaviva un acontecimiento olvidado o reprimido del pasado. La persona ha aprendido a defenderse de forma eficaz mediante la agresividad. El **mecanismo acusador** puede funcionar como un verdadero sistema de defensa. La persona percibe la agresión por parte de otro y contraataca. Procediendo de ese modo no se cuestiona, percibe la fuente de su malestar en el exterior, fuera de sí misma. Protege lo que considera su buena imagen. Este mecanismo no siempre se expresa en una relación directa con la persona en cuestión, también se hace uso de este funcionamiento acusador cada vez que alguien habla del mal de otro. Si no realizan un trabajo interior, las personas no toman conciencia de que funcionan así debido a su sistema de defensa.

El mecanismo acusador se desencadena de forma refleja cuando un acontecimiento remueve un aspecto sensible en la persona. Ésta ataca al otro o a los otros; puede ocurrir de forma puntual o convertirse en un comportamiento constante. Podemos observar 4 reacciones diferentes:

Una **acusación directa** durante un conflicto con otra persona, como en el caso siguiente: dos personas, Francisco y María, están tratando de introducir un objeto que se atasca en el hueco de la escalera de su casa. El objeto queda bloqueado y Francisco se hace daño. Rápidamente, espeta a María: “¿No podrías tener más cuidado?”. Pero ha sido él quien, impaciente, ha intentado desatascar el objeto. Durante toda la operación, lo que ha hecho María es ayudarlo. Herido por su propia torpeza, ha acusado a María.

La reacción puede ser **interior** bajo la forma de ira contenida, aquí el conflicto no se expresa en la confrontación con el otro: Bernardo no se sien-

te bien. Tiene dificultades para entablar una relación. Tiene miedo de los otros, a menudo se siente mal con ellos, lo que lo empuja a aislarse. Acaba persuadiéndose de que todos están en su contra, que lo rechazan y que no lo quieren. De hecho, proyecta sobre ellos su propia hostilidad y sus dificultades: les acusa de su propio mal, es una manera de sufrir menos. En este mecanismo participan reacciones imaginarias, pues a fuerza de permanecer solo, Bernardo se ha replegado sobre sí mismo; quedándose en su vida imaginaria, da vueltas sin cesar sobre lo que le ha hecho daño. Desarrolla rencor hacia los otros.

Existe además una **reacción intermedia**: la persona ni se aísla ni se enfrenta al otro directamente, pero intenta que otros participen en su conflicto. Ejemplo: una persona teme el conflicto directo con otra. Expresa su resentimiento a otros, a quien quiera escucharla, suscita así el resentimiento preexistente en esas personas, y los utiliza para arreglar sus asuntos personales. Es una actitud manipuladora que puede contagiarse, por ejemplo: cuando se forman clanes dentro de un equipo.

En ciertos **fenómenos de grupo** existen actos reflejos de rechazo sistemático cuando una persona nueva entra en el grupo o cuando una persona que está en el equipo empieza a cambiar. El grupo puede sentirse amenazado por la novedad o por la diferencia, fuente de inseguridad, y puede proyectar su disfunción en la persona que perturba, haciendo de ella un chivo emisario. El rechazo puede ser también hacia otro grupo. Es un funcionamiento defensivo, ya que así, los miembros del grupo evitan cuestionarse. Como beneficio secundario, las personas extraen del mecanismo acusador la impresión de ser más fuertes que las otras.

Evitar y huir

Las personas se **baten en retirada**: en caso de presentir peligro, evitan el contacto con los otros y huyen. La alcoholización es un ejemplo, ya que estando alcoholizado se aprehende la realidad con un filtro y no tal como es. Negar haber bebido es otro ejemplo de esta distanciación; a menudo los pacientes no pueden decir que están alcoholizados cuando lo están, ya que les hace mal y siempre pueden decirlo al día siguiente. En el lenguaje corriente, llamamos a esto “una mentira”. Las personas se esconden a sí

mismas sus propios problemas, ahora bien, nunca lo reconocerán frente a los otros. A menudo, sus familias se enfadan porque querrían que “confesara”; pero la presión para “hacerlo confesar” pone al paciente en dificultades, lo humilla y refuerza su sistema de defensa. Cuando vienen a la consulta, invitamos a todo el grupo familiar a que acepten lo siguiente: “Vosotros no podéis hacer nada contra el problema del paciente con el alcohol, solamente él puede tomar medidas sobre su comportamiento de alcoholización”.

Otro comportamiento es la **dispersión** en diversas actividades, no viven las cosas a fondo, sino manteniéndose en la superficie y evitando comprometerse con los otros. Un paciente alcohólico a menudo no consigue terminar una actividad. No consigue levantarse por las mañanas, llega tarde al trabajo y no es eficiente. No consigue motivarse o su motivación fluctúa. Tiene problemas de concentración y de memoria.

En caso de problemas, puede ocurrir que **dimitan** de sus responsabilidades, tanto en el plano familiar como laboral. La sociedad participa en esto, ya que no se considera fiable a un paciente alcohólico, por tanto, ya no se dirigen más a él a no ser a través de una persona intermediaria, como su cónyuge. El paciente puede encontrar beneficios secundarios siendo dependiente de su cónyuge, que ahora actúa en su lugar y que continúa alimentándolo, lavándole la ropa e incluso comprándole bebidas alcohólicas. A veces se desarrolla una relación que asocia atracción y rechazo: el enfermo agrede a su cónyuge o habla mal de él o de ella, pero no se separa. El (la) cónyuge se lamenta del enfermo, solicita que sea hospitalizado de vez en cuando, pero no toma la decisión de separarse.

Dudar de sí mismo es otro factor de distanciamiento de los otros. Un acontecimiento actual reaviva una situación del pasado en la que la persona experimentó que evitar el problema era más eficaz que afrontarlo directamente.

En las personas que huyen constatamos la dificultad de vivirse a partir de lo mejor que hay en ellas, ya que no tienen confianza en sí mismas: si una persona ha sufrido graves violencias en su pasado, como amenazas de muerte, o si ha sido testigo de la amenaza de suicidio por parte de uno de sus padres, puede haber aprendido que, en su caso, la agresión al otro no es eficaz y lo que hace, por el contrario, es eclipsarse, borrarse para no atraer la ira de la

persona que la amenaza. Además, al comprender que esa persona no la quiere tal como ella es, siente vergüenza de sí misma y por ello renuncia a la aspiración de vivir y de ser ella, así como a su necesidad de recibir el reconocimiento personal. Esta persona se dirá que no merece ese reconocimiento. **La evitación y la huida** pueden constituir un auténtico sistema de defensa en algunas personas. Como beneficios secundarios de este tipo de funcionamiento las personas sacan un cierto placer integrando mecanismos de compensación. Por ejemplo: no actúan, no asumen la lucha perseverando en una acción y pueden tener un cierto placer observando a los otros. En una pareja, observamos dificultades de comunicación cuando uno de los dos pone en funcionamiento el mecanismo acusador; la respuesta del otro será la huida.

Endurecerse

En este caso, las personas se vuelven rígidas en el plano psíquico, se justifican, juzgan a los demás, proceden según ideas preconcebidas, que defienden, se cierran a los otros, cuyos argumentos no escuchan. Esta manera de actuar perpetúa sus costumbres. No ven ni escuchan las necesidades de los demás. En algunos casos están tan endurecidas que no podemos percibir qué acontecimiento actual desencadena este mecanismo. Hay una ausencia total de ganas de cambiar, a menudo protegen cierta imagen de sí mismas, descartando cualquier otra, y permanecen instaladas en sus costumbres de siempre. El endurecimiento interior aparece de forma refleja cuando una persona se siente en peligro; es un movimiento activo.

La **psicorrigidez** es en algunos casos un verdadero sistema de defensa. Estas personas levantan barricadas contra todo tipo de concienciación nueva. Algunas rechazan admitir sus lados positivos, ya que lo positivo podría invitarlas a cambiar. Por ejemplo, una persona alcohólica encontró un hospedaje en una comunidad de convivencia. En vista de sus capacidades, el responsable de la comunidad le propuso que se encargara de algunas cosas. No obstante, optó por un comportamiento contestatario rechazando toda responsabilidad y evitando comprometerse. Otro ejemplo son las personas que tienen un discurso de evitación en caso de hospitalización: llegan alcoholizadas, ahora bien, dicen que no han bebido. Si se les pregunta sobre sus condiciones de vida, dicen que todo va bien. En estos casos, los clínicos saben

por las personas del entorno del enfermo que éste sólo compra bebidas alcohólicas, que no se alimenta, que ya no hace la limpieza. Si se les confronta con estos hechos, los pacientes dicen que los otros mienten. Estos pacientes están encerrados en sí mismos. Con este comportamiento, consiguen como beneficios secundarios el hecho de evitar que les contradigan, ya que los demás acaban por no decir nunca nada, pues ellos nunca les escuchan.

Minimizar las necesidades y aspiraciones

Este mecanismo utiliza el funcionamiento cerebral con el fin de neutralizar cualquier necesidad o aspiración profunda cuando se manifiesta, puede a veces corresponder a una verdadera tendencia a la argumentación. Este funcionamiento ha participado de una cierta práctica educativa consistente en que las personas aprendan que deben ocuparse de los demás y a no pensar en sí mismas. A veces las personas piensan y se dicen, tanto a sí mismas como a los demás, que no hay nada positivo en ellas. En caso de éxito personal, una persona puede decir que ha tenido suerte o que la han ayudado, que ella no tiene ningún mérito o que el mérito corresponde a otro. Las personas que experimentan este mecanismo no pueden alegrarse de su vida o de lo que son. Si alguien las felicita, se defienden. En ocasiones no pueden aceptar los regalos que les ofrecen. Se controlan permanentemente. Como en el caso anterior, es un movimiento activo que se establece por reflejo. Una paciente decía que no tenía derecho a pensar en sí misma, hasta el punto de que cuando lo hacía sentía una especie de inseguridad, como si al hacerlo estuviera poniéndose en peligro.

Otro ejemplo es cuando ciertas personas se prohíben cualquier tipo de relación afectiva tras una separación de su pareja. En caso de relación afectiva y/o sexual, viven la relación guardándose mucho de comprometerse con el otro en un porvenir común. Estas personas parecen defenderse de la aspiración profunda de una vida en pareja, al haber fracasado en la relación anterior. Despertar esa aspiración supondría reavivar al mismo tiempo su sufrimiento.

Yendo más lejos aún, algunas personas se desvalorizan a sus propios ojos y a los ojos de los demás. El mecanismo de **desvalorización del sí mismo** actúa para denigrarse con una cierta complacencia. Este mecanismo se

sirve de la culpabilización. Se desencadena cuando una persona se siente invitada a existir en un aspecto positivo de sí misma, pero no se siente capaz o no lo ve.

En su forma extrema, este elemento se convierte en un **rechazo a existir** que se manifiesta como un sistema de defensa en sí mismo. Puede despertarse debido a la culpabilidad y la vergüenza producida por un acontecimiento vivido en el infancia, del que no ha podido hablar. Aun cuando la persona viva mal, a veces lo prefiere al cambio: permanece en lo conocido y no cambia.

Anestesiar la vivencia interior

Se trata de un fenómeno inconsciente, concerniente a los sentimientos, que puede llegar a anestesiar lo positivo del corazón de una persona. Ésta tiene, por un lado, dificultad, es decir, imposibilidad de observar su vivencia interior de frente y analizar sus sensaciones y, por otro lado, una auténtica anestesia de su vida interior: a causa de sus conflictos, no siente nada ante cualquier cosa susceptible de despertar sentimientos; sus sentimientos le han dado muchos problemas. Ignora su potencial positivo más que negarlo (pues la negación de las aspiraciones es ya un movimiento activo). Estas personas tienen dificultades para emocionarse, su sensibilidad no reacciona. A veces son indiferentes a las reacciones de los demás: las alegrías y penas de los otros, así como lo que les concierne personalmente no les afectan. Viven ese estado como una fatalidad. Tienen la sensación de no poseer ninguna influencia sobre los acontecimientos y de no poder hacerles frente. La anestesia de la vivencia interior tiene un papel en la pasividad de algunos enfermos: nada les hace reaccionar. Cuando les preguntamos qué sienten, responden: "Nada". Si no se sienten bien, no pueden explicar con detalle sus sentimientos o sensaciones. Con frecuencia, el clínico cree que estos pacientes son depresivos, lo que puede resultar exacto. Sin embargo, en el centro de su depresión existe esta anestesia. Podemos encontrar pacientes que viven sin hacer limpieza en sus casas, consumen comida en lata o envasada y tiran al suelo el envoltorio. No abren la puerta a quien viene a su casa, no responden el correo, no pagan sus facturas, ya no acuden al trabajo. No encuentran ningún sentido en sus acciones.

En estos pacientes encontramos también incapacidad para proyectar su futuro, les resulta imposible anticipar qué ocurriría si les pedimos que se imaginen viviendo y ejerciendo su profesión en otro lugar. Es como si a estas personas se les hubiera amputado su mundo interior.

En esta anestesia de la vivencia interior puede participar un mecanismo particular: se trata de la idealización del pasado, que mantiene reprimido un sufrimiento considerable; ciertos recuerdos, amplificadas por la distancia, evitan la concienciación del verdadero problema. Así pues, cuando determinados pacientes recaen, lo que ponen por delante es que se han mantenido abstemios durante un cierto número de años.

La existencia del sistema defensivo plantea el problema del cambio en los enfermos alcohólicos. Con frecuencia, un paciente dependiente del alcohol “explica” que su re-alcoholización se ha debido a contrariedades, sean del tipo que sean: percibe su problema como exterior a sí mismo. Puede echarle la culpa a las circunstancias (una relación difícil con alguien de su familia), puede negar su propia responsabilidad (incumplimiento en su trabajo). La alcoholización puede corresponder a un distanciamiento de los otros, sus hábitos pueden paralizarlo e incitarlo a retomar su consumo. Para superar este aspecto, un paciente trató de salir del paso yendo a su bar habitual para que, en adelante, le sirvieran un agua en lugar de su “caña” habitual. Mientras bebía su agua, el paciente se decía a sí mismo que antes bebía cerveza; en consecuencia, consentía la novedad. La concienciación de cada cambio es un paso hacia otro tipo de vida, una vida diferente, que se apoya en un aspecto nuevo de uno mismo. Tomar conciencia de la vivencia interior y modificar los reflejos requiere tiempo. A los cuidadores les gustaría que, después de una desintoxicación, los pacientes les hablaran de sus deseos de beber, así como de otras situaciones difíciles para ellos en las que otras personas los ponen en dificultades por reavivar viejas heridas. Ahora bien, justamente lo difícil es hablar de ello, ya que todo lo vivido está revuelto, con lo cual un paciente puede defenderse de entrada diciendo que “todo va bien”. Se sirve así de su sistema de defensa que le ayuda a sentirse menos mal: quizá no se sienta bien, pero decírselo a otra persona puede resultar aún más difícil. A algunos tal vez les resulte más fácil permanecer un tiempo buscando explicaciones: ¿de dónde vienen sus temblores?, ¿qué

pueden hacer para dormir mejor?, ¿es en parte hereditaria su enfermedad? Estos pacientes necesitan explicaciones racionales. Es imprescindible que el acompañante atienda sus preguntas y aceche el momento en que el paciente pueda hablar de su vivencia en relación con el alcohol.

LA VERGÜENZA

La enfermedad alcohólica está particularmente mancillada por la vergüenza. El alcoholismo forma parte de las enfermedades que producen vergüenza y que se esconden a sí mismo y a los otros. Las personas que-rrían ser capaces de controlar su consumo, es decir, ser capaces de decidir si toman una copa o no, de poner o no el vaso a partir de la sensación de su efecto sobre el psiquismo, después de haber consumido una cierta cantidad de alcohol. Es justamente aquello de lo que el paciente ya no es capaz lo que constituirá su defensa durante mucho tiempo: “Puedo dejarlo cuando quiera”, “yo no bebo todos los días”, “jamás estoy ebrio”. El paciente toma la delantera frente a su vergüenza en el momento en que pueda decir simplemente: “Soy un enfermo alcohólico”.

La vergüenza está íntimamente vinculada a cómo se ven las personas a sí mismas, a los otros y a la vida en general. Este sentimiento se despierta cuando perciben un desajuste negativo, a veces mínimo, entre lo que sienten que son y lo que querrían ser, y cuando creen que son el origen del desajuste.

Podemos describir el fenómeno de la vergüenza bajo tres ángulos: en relación consigo mismo, en relación con los otros, en relación con lo que se considera la norma o que es recibido como norma.

Vergüenza en relación consigo mismo

Cada persona se observa a sí misma cómo vive, es y actúa. Está influenciada por sus ideas, pensamientos, por lo que sabe de sus capacidades, dificultades, deseos y necesidades; siente toda su experiencia pasada, toda su historia así como su presente. Esta experiencia pasa por la criba del juicio: ¿acepta lo que es o se resiste? ¿Puede decir: “Sí, eso soy yo, ese enfermo

alcohólico” o se defiende? La persona aprecia de ese modo si tal situación, tal experiencia es beneficiosa o perjudicial y si se siente de acuerdo consigo misma. Esa mirada de la persona sobre sí refleja la imagen que tiene de sí misma. Si percibe un desajuste negativo, surgirá la imagen negativa con todas sus consecuencias; cada cual pone en ejecución funcionamientos habituales que ha desarrollado a lo largo del tiempo; la persona se juzga, se considera “nula”, querría desaparecer a los ojos de los otros o esconderse “en una ratonera”.

Esta mirada está también condicionada por las ambiciones y aspiraciones de querer ser de otro modo, mejor, lo que refleja el **ideal de sí mismo**. El desfase revela un ideal decepcionado, que, con la imagen negativa, desencadena el desaliento.

En la enfermedad alcohólica, la vergüenza surge cuando no se mantiene la promesa de abstinencia. La persona se creía capaz de no volver a beber. La recaída la coloca frente a la necesidad de reajustar su imagen para concederse el derecho de ser falible, así pues, de reconocer que el alcohol es más fuerte que ella. Pero es difícil afrontar la vergüenza, por ello existe la tendencia a intensificar el comportamiento de alcoholización y a reforzar la imagen desajustada.

En ocasiones, los otros intensifican la vergüenza mediante sus juicios de valor: ¿acaso no decimos a veces de un alcohólico que “no tiene vergüenza” cuando niega su alcoholización a pesar de que hay pruebas de que ha bebido? En realidad, el paciente no puede admitir inmediatamente que ha bebido, le resultará más fácil hablar en un medio terapéutico que con su familia.

Vergüenza en relación a los otros

Los otros también observan cómo vive y actúa el enfermo. Algunos expresan lo que ven mediante reflejos positivos o negativos, juicios de valor, críticas o consejos. Entender lo que los demás piensan de él no es fácil, especialmente porque difiere de su opinión. Ese desajuste que se percibe puede despertar también el sentimiento de vergüenza.

Mediante el fenómeno de **proyección**, la persona imagina lo que los otros piensan de ella, si la aprecian, juzgan, aman o desaprueban. También aquí se despierta la vergüenza en el caso de que exista un desajuste entre lo que ella piensa del pensamiento de los demás y la imagen que desearía darles.

Por este mismo fenómeno de proyección, aparece enseguida la **comparación** con los demás: comparación de capacidades, aptitudes, éxitos de los otros, que despiertan ese desfase en la persona y el deseo de hacerlo tan bien como ellos, si no mejor. Si es percibido como un gran desfase, se desalientan y surge la imagen negativa.

Vergüenza en relación con una norma

La vergüenza refleja siempre el desfase que se percibe en relación con un sentimiento de normalidad. El deseo de ser normal, “como todo el mundo” existe en cada cual, así como el miedo de lo contrario, el miedo a no ser normal, a “volverse loco” o a perder la razón, que es un miedo ancestral de la humanidad.

La norma está vinculada a imágenes y representaciones de la sociedad y de la civilización circundante. Con relación a la enfermedad alcohólica, encontramos en lo social una diferencia en la percepción del rol cultural del hombre y de la mujer. Por ejemplo, de una mujer se espera más que se abstenga de beber alcohol. Cuando una mujer rechaza una copa, quien se la está ofreciendo no insiste. Si un hombre la rechaza, lo primero que provoca es sorpresa o incomprensión, y quien se la ofrece tiende a insistir. En caso de enfermedad alcohólica, la mujer más bien se esconde y tiene mucha vergüenza, que está vinculada a la mirada sobre sí misma y a la mirada de los otros. En los hombres, la vergüenza interviene más como un complemento de la lucha por controlar su consumo y del sentimiento de que tiene que “aguantar el alcohol”, pero de no poder hacerlo; es decir “beber como todo el mundo” pero no poder “parar como pretende”.

Causas de la vergüenza

La vergüenza puede provenir de otros fenómenos o disfunciones. Puede surgir y revelar una vivencia de inferioridad personal; la persona se siente fracasada en todo lo que ha hecho. Esto comporta una huida o un evitación. Por ejemplo, las personas dejan de ir al trabajo porque no pueden afrontar las miradas que les dirigen los otros. Faltan a las citas concertadas o llegan con mucho retraso, provocando con ello la irritación de las personas con las que estaba citada. En ciertos casos, el sentimiento de inferioridad evoluciona hacia una auténtica depresión.

La vergüenza despierta la memoria del pasado (experiencias humillantes en la niñez). La persona puede haber sido herida por castigos injustos o haber experimentado un sentimiento de rechazo y de desamor; algunas de sus intenciones quizá han sido mal interpretadas (se les ha dicho que han actuado mal, cuando lo han hecho de buena fe). Los traumatismos sexuales, como violaciones, dejan como cicatriz un sentimiento de vergüenza: las han herido en un estado en que no podían reaccionar ni defenderse, lo que deja en ellas un sentimiento confuso pero indeleble de haber sido las responsables y, habitualmente, no lo dicen en el momento en que les ocurre o, si lo han hecho, sus padres quizá no las han creído o no han querido denunciar por miedo a las consecuencias.

Consecuencias de la vergüenza

Las personas se defienden como pueden de la vergüenza. Podemos aportar diversos ejemplos:

- Negar los hechos es habitual si la alcoholización acarrea problemas de comportamiento (“no, no he bebido”, “no he hecho nada”).
- La justificación (“yo no quería, pero me han obligado a beber”).
- Idealizar el pasado, el futuro o a ciertas personas es otra manera de no afrontar el presente frustrante; aquí se entra en un sistema de defensa que consiste en huir de la realidad.

La vergüenza desencadena una lucha. Las personas son conscientes de los problemas, pero admitirlos es doloroso. Así pues, luchan para olvidar,

para pensar en otra cosa, para disimular o esconder la verdad. Antes que nada, actúan para no enfrentarse a sus problemas. A veces, engañan a los otros con el sentimiento ambivalente de haber salido del paso una vez más, pero en el fondo con la decepción de que nadie se haya atrevido a hablarles de otro modo, en particular en lo que concierne a su relación con el alcohol. Su soledad y su sentimiento de existir apartadas se acentúan.

El entorno, incluso el médico, puede participar en la negación del problema del alcohol. Puede ocurrir que un paciente acuda a su médico y éste, en lugar de hablar del problema, ponga una botella y un vaso sobre la mesa. El paciente espera que, al menos el médico, le pregunte: “¿Tiene alguna pregunta con respecto a su consumo de alcohol?”. Ahora bien, puede que el médico le tome la tensión y realice el procedimiento habitual. El paciente queda decepcionado de que su médico no haya percibido su angustia y desamparo, aunque debido a la vergüenza que siente no ha podido abordar su problema: hubiera necesitado que alguien lo abordara para sentirse menos solo.

En concreto, la vergüenza se despierta de forma virulenta cuando no se mantiene un compromiso, es decir, en caso de recaída. Para el paciente, resulta muy difícil afrontar la mirada de los otros e incluso su propia mirada en ese caso; se condena. A veces, no vuelve a la consulta o deja de acudir a las sesiones de grupo. Un persona dice:

“Cuando tengo una recaída, resulta extrañamente difícil volver a las reuniones de alcohólicos anónimos, ya que me siento insignificante, y eso no querría admitirlo”.

La vergüenza ha de ser expresada en todo su contexto. La persona debe sentirse segura, necesita constatar que quien la observa o quien está hablando con ella no la juzgará, no la rechazará, necesita saber que podrá contar con esa otra persona.

El primer paso, que consiste en reconocer los problemas planteados en lugar de negarlos, huir de ellos o evitarlos, es difícil. Si lo hacen, afrontan directamente lo que puede “ocasionarles vergüenza”. Se trata de asumir su responsabilidad y de poner orden en su vida cotidiana.

El segundo paso es vincular los problemas actuales con las heridas sufridas en el pasado, en el caso de que se trate de reacciones desproporcionadas o repetitivas, que es de lo que se trata a menudo.

Cada vez que se identifica un problema, es necesario aceptarlo, es decir, integrarlo en el panorama interior. Aceptarlo no quiere decir justificarlo ni excusarse. Aceptar quiere decir reconocer los hechos tanto del presente como del pasado. Es desconcertante para la imagen que la persona quería conservar de ella y de las personas de su pasado; pero reconociendo la verdad y aceptándola, se introduce en una existencia más sencilla.

La fuerza de la dependencia

4

LA RE-ALCOHOLIZACIÓN O RECAÍDA

El paciente retoma su consumo de alcohol, lo que llamamos re-alcoholización. Ésta puede ser de corta duración, pero si la alcoholización se vuelve regular, entonces hablamos de recaída. Se trata de una situación de la que debemos advertir al paciente y a su familia. Realizar una cura no tiene un efecto mágico; al salir del centro, el paciente debe hacer frente a su relación con el alcohol y debe posicionarse frente a todas las tentaciones. Es importante saber aceptar una re-alcoholización con realismo, sin justificarse, y buscar una salida de esa trampa.

Hablamos de re-alcoholización cuando aparece tras un periodo de abstinencia. Por el contrario, en algunos casos, no hay abstinencia, sino que la persona continúa alcoholizándose, escondiendo botellas en diversos rincones de la casa, del lugar de trabajo o en lugares de paso. Estas personas consumen mucha energía aprovisionándose de forma discreta, escondiendo sus bebidas para que los otros no las vean y, sobre todo, engañándose a sí mismas sobre la importancia de su consumo. Rechazan reconocerse como dependientes del alcohol, quieren autogestionar su consumo sin conseguirlo.

En otros casos, se alternan periodos más o menos largos de abstinencia y de alcoholización, para desesperación del enfermo y de su entorno. Este comportamiento crea incompreensión mutua. Los miembros de la familia observan la alcoholización y la frecuencia de los episodios, que generan amargura, desánimo y agresividad. El enfermo, por su parte, hace esfuer-

zos para beber menos, pero percibe que sus esfuerzos no son tenidos en cuenta por su familia.

Puede ocurrir también que un paciente, durante una discusión, tome una copa de forma mecánica de una bandeja en una fiesta; puede tratarse de un accidente. El enfermo en cuestión no ha tenido cuidado. A veces se trata de una “broma” de alguien que ha cambiado su bebida sin alcohol por otra que sí contiene alcohol para “hacerlo rabiar” o “para probar” al enfermo. Ocurre con frecuencia, debido a que el entorno de un paciente alcohólico no está lo suficientemente advertido del peligro de esas “bromas”. Tomar una copa en esas condiciones comporta un gran riesgo de re-alcoholización con más consecuencias; el alcohol absorbido despierta la memoria de las células nerviosas que mediante los neurotransmisores ponen en marcha el proceso de dependencia con sus fenómenos biológicos y psicológicos, ya que el sabor del alcohol despierta también las ganas de consumir más. Debemos señalar también el peligro que comporta el hecho de regalar una botella de alcohol con motivo del aniversario de una pareja, cuando uno de los cónyuges acaba de salir de una desintoxicación. Aunque el paciente no consuma alcohol delante de las personas que le han regalado la botella, el hecho de haber recibido ese regalo despertará su deseo de aprovecharlo y, si se lleva la botella a casa, puede alcoholizarse en cuanto esté solo, es decir, a escondidas, y esta re-alcoholización le abrirá las puertas a un consumo regular. Después de una cura, es aconsejable advertir a los amigos para que adquieran actitudes protectoras.

A veces, el enfermo abstemio no se atreve a rechazar la copa que le ofrecen para no revelar su estado de enfermo alcohólico, cree que está obligado a bebérsela; o no osa rechazar la copa que el camarero de su bar habitual le sirve automáticamente, como siempre.

Debemos advertir también que hay que ponerse en guardia contra las cervezas sin alcohol, ya que contienen una fracción de alcohol “inferior al 1%”, pero suficiente para desencadenar una re-alcoholización, además, el sabor de la cerveza producirá deseos de beber otra con alcohol. Después de una desintoxicación, es conveniente que el paciente reeduke su sentido del gusto: cuando se alcoholizaba estaba como programado para un solo sabor. Ahora puede descubrir y apreciar sabores en diferentes bebidas.

¿Qué es una re-alcoholización?

Se desencadena en diferentes circunstancias emocionales particulares, **el deseo de alcohol puede ser obsesionante**. El paciente permanece con la frustración de no poder beber. Naturalmente, le exaspera la renuncia o la injusticia que siente: “Es duro que todo el mundo tome su copa de champagne para el brindis de año nuevo, salvo yo”, decía una paciente cuyas re-alcoholizaciones aparecían aproximadamente una vez al año. En la consulta, los pacientes hablan de su deseo más o menos permanente de beber alcohol; cuando afirman que “no tienen en absoluto ganas de beber” es que tienen miedo de una re-alcoholización. Un paciente decía que se había sentido mal en la fiesta de su pueblo porque muchas personas lo interrogaban acerca de su vida sin alcohol y sobre cómo hacía para cuidarse; como resultó ser demasiado para él, prefirió volver a su casa. Este ejemplo prueba que hay que ocuparse primero de uno mismo y no arriesgarse en lo referente al alcohol. Ayudar a otros que consumen alcohol sólo será posible si la persona tiene perfectamente clara su propia relación con el alcohol.

La alcoholización puede liberar la tensión angustiante. Las situaciones agudas que producen mucha ansiedad son numerosas: un juicio por divorcio, malos tratos, deudas, ser convocado por un consejo médico o por un empleador, retomar contacto con la familia. El simple hecho de estar trabajando la abstinencia es también fuente de angustia. Existe en esto último un deseo de hacerlo bien, se pone a prueba la capacidad de no volver a beber y, en el fondo, permanece siempre el miedo al fracaso. Alcoholizándose, el paciente enseguida se siente aliviado: los pacientes relatan el efecto inmediato del alcohol sobre el psiquismo, que actúa mucho más rápido que un medicamento ansiolítico.

La soledad es a menudo un factor para la alcoholización. La alcoholización tiene una función de relleno para no sentir el vacío. Tras una cura, el paciente debe aprender a estructurar su tiempo mediante nuevas ocupaciones que den sentido a su vida. Si sufre la soledad es que no ha encontrado todavía cómo dar sentido a su existencia y al tiempo de que dispone. Un paciente decía:

“Cuando bebíamos, estábamos preocupados por conseguir bebidas, y con alcohol en el cuerpo no podíamos hacer nada. Me he bebido mi casa y mi empresa, me quedé sin nada. Después de mi desintoxicación, me encontré con que de golpe tenía un montón de tiempo que ocupar: necesitaba encontrar nuevas ocupaciones. Un periodo particularmente duro para mí fue cuando ponía en la mesa tan sólo mi cubierto, tuve la tentación de volver a beber. Fue entonces cuando comencé a escribir, escribí mi historia. Y, poco a poco, fui adquiriendo confianza en mí mismo”.

El **desánimo** proporciona el sentimiento de que todos los esfuerzos han sido vanos. La persona no sabe qué más hacer para mantenerse en la abstinencia. Hay deseos legítimos que no encuentran respuesta, tropieza con la incomprensión familiar. No se siente reconocida por lo que es, puede sentir que sólo la ven bajo el prisma de su problema con el alcohol y se desespera. Es importante vivir la abstinencia de manera positiva y ver “la ganancia de vida nueva que consigo si no me alcoholizo”. Si no es así, el paciente corre el riesgo de permanecer frustrado: el alcohol es un placer que le falta.

En caso de **pedir socorro**, el paciente puede presentarse en Urgencias, diciendo: “Quiero ser hospitalizado porque bebo”. Algunas personas lo hacen de manera repetitiva, para desesperación de su familia y de sus cuidadores. Estos pacientes no pueden expresar sus vivencias, compuestas de necesidades, aspiraciones, problemas y sufrimientos. A veces las esconden por pudor o porque son “demasiado orgullosos” para hablar. La recaída es entonces la válvula de seguridad, el medio de retomar contacto, de decir a los otros: “ven a socorrerme, necesito tu ayuda”. Esta recaída es un síntoma; es el equivalente de las palabras que no consiguen decir.

En otros casos, el paciente intenta **castigarse**. Volver a tomar alcohol permite destruirlo todo, todo lo que ha sido construido pacientemente, renunciar a sus esperanzas y dar por terminadas sus decepciones. La persona se sabotea, a veces, con una complacencia malsana. El paciente puede también castigarse por considerar que no avanza lo suficientemente rápido, que no lo está haciendo suficientemente bien, porque la imagen que tiene de sí mismo no le satisface y se desvaloriza sin cesar. Este comportamiento puede acarrear una **recaída suicida**, consumiendo cada vez más alcohol.

No pudiendo aceptar la vida tal cual es, rechaza su problema; percibe la propuesta del tratamiento de abstinencia como la voluntad de los otros. Él está en otra parte, navega por otro universo; exhortaciones, amenazas, súplicas, amistad, ternura, nada consigue penetrar su indiferencia total. Esto supone la ruptura de la comunicación con los otros; el enfermo ha perdido el espíritu de que le puede ir mejor sin alcohol.

Con una recaída, también puede pretender **castigar a los otros**. En este caso, el paciente vive la frustración de su necesidad de ternura y amistad, y se siente amargado. El que los otros no estén disponibles para él, aunque sea momentáneamente, lo vive como un abandono; muchos pacientes tienen verdaderas dificultades para aplazar la satisfacción de sus necesidades. Cuando prometen sinceramente: “He cambiado, no soy el mismo”, la otra persona podría contestarle o hacerle comprender: “Has hecho tantas promesas, primero queremos pruebas, después veremos...”. Aquí, la recaída es el torpe e ineficaz medio de castigar a los otros, pues la primera y principal víctima es el enfermo mismo.

Cuando las recaídas son frecuentes e insistentes, lo que intenta el paciente es comprobar si es “**verdaderamente cierto**” lo que se le dice sobre la abstinencia total y definitiva. Así pues, querrá comprobar si él podría volver a beber... un poco... Este aspecto se origina debido al deseo de ser “como todo el mundo”, ya que vive la abstinencia como una injusticia, el enfermo se siente excluido de la comunidad de los que pueden alcoholizarse sin convertirse en dependientes. Lo mismo le ocurre al diabético que se salta su dieta poniendo su vida en peligro por coma diabético.

El contexto en que tiene lugar la re-alcoholización

Convertirse en abstemio supone un auténtico trabajo. Los pacientes insisten a menudo en que se les vigile permanentemente para impedirles caer en las múltiples trampas, ya que consumir alcohol es posible en todo momento.

Hay cuatro señales que pueden anunciar el riesgo de re-alcoholización: el **flash** de alcohol, el **craving** y el **síndrome de abstinencia** que resurgen de golpe cuando la persona es ya abstemia desde hace algún tiempo (semanas o meses). Estas señales no pueden explicarse si se ha

dejado el alcohol recientemente. Algunos pacientes experimentan una “**recaída seca**”.

La palabra inglesa **flash**, que quiere decir destello, está ya en nuestro vocabulario. La persona revive en un momento dado un recuerdo de alcoholización y con él sus efectos sobre su psiquismo y sobre su cuerpo, y puede también revivir, en sus sensaciones, el sabor y los efectos del alcohol. Un paciente dice: “Me sentía extraño, casi tuve ganas de beber”. Y otro dirá:

“Una sola vez me desperté con unas indescriptibles ganas de beber, en ese momento tuve miedo, me preparé un café y salí a pasear por el bosque. En cinco minutos se difuminaron esas ganas de beber y pude reflexionar y confirmarme a mí mismo que era realmente un enfermo y no tan sólo un tragón como pensé durante mucho tiempo. Comprendí enseguida que debía defenderme, como si una señal de alarma se disparara en mi cabeza. Puedo incluso decir que me siento orgulloso de mí mismo después de esa experiencia”.

Este ejemplo muestra que encargarse de uno mismo para convertirse en abstemio es un auténtico trabajo interior, durante el cual, la persona debe permanecer en alerta permanente y así reaccionar de otro modo frente a las tentativas de alcoholización.

Los sueños de alcoholización son una variante: el paciente se ve manipulando una copa o una botella; ve otras personas en el bar bebiendo o se ve en una situación en la que se dispone a beber o está bebiendo ya. Estos sueños escenifican un deseo inconsciente de alcoholización.

El **craving**, palabra también inglesa, describe los deseos obsesivos de alcohol. Es el estado que nos haría decir: “Me muero por una copa” como también dicen los fumadores: “Me muero por un cigarrillo”. Se siente el deseo en el plano psíquico y físico. El **craving** comienza en los primeros estadios de la dependencia psíquica, cuando las personas aún son capaces de un cierto control, y persiste mucho tiempo después de la deshabitación.

El **síndrome de abstinencia** aparece en ocasiones en un contexto particular que recuerda la alcoholización. Produce temblores, transpiración, descoordinación motriz (los objetos se les caen de las manos), nerviosismo con alteraciones del sueño. Estas señales tienen explicación por un ascenso

de la angustia. Indican también que el organismo está tratando de buscar un nuevo equilibrio: la persona ha vivido con alcohol, se ha habituado; este producto ha desaparecido y debe movilizar sus recursos para hacer frente, sin ese producto, a cualquier tipo de contexto exterior y emocional. Todo lo cual indica que la lucha contra la alcoholización exige mucho esfuerzo, y la persona no siempre es consciente de ello.

Con lo que llamamos una **recaída seca** aparece un comportamiento que reproduce las señales de una intoxicación, mientras que la persona no ha bebido ni una gota de alcohol. Una persona dice: “No sabía dónde me encontraba, mi cabeza no podía reflexionar, era como si tuviera una resaca tras la borrachera, exactamente igual”. Aunque parece que existe esta recaída seca, es difícil distinguirla de forma precisa del síndrome de abstinencia, que son señales de angustia y que aparece distanciado de la desintoxicación. En estas circunstancias, hay que subrayar que existen alcoholizaciones auténticas que el paciente no recuerda y que quiere hacer pasar por una recaída seca. En todo caso, es mucho menos frecuente que las otras tres señales citadas.

La re-alcoholización responde a ciertas condiciones que ponen a prueba duramente los puntos débiles de la persona. Se trata de ruegos que les hacen terceras personas, por ejemplo, que les traigan una botella de alcohol del supermercado, invitarla a un bar, reunirse para comer con familiares, u otras circunstancias que le pueden hacer sentir una emoción difusa, difícil de nombrar. Pueden aparecer recuerdos felices de una alcoholización apacible en un contexto distendido que querría recuperar, entonces se siente mal inmediatamente y reacciona de forma refleja para hacer desaparecer esa sensación penosa. Después de una re-alcoholización, las personas dicen a menudo: “No sé lo que me pasó”, lo cual prueba que no fueron conscientes de su vivencia. Las cuatro señales descritas pueden ser precursoras de una re-alcoholización.

El periodo que sigue a una cura es de gran vulnerabilidad. A menudo las personas no sienten el *craving* durante la cura, ya que tienen su tiempo ocupado regularmente, y el hecho de que en su tiempo libre puedan hablar con otras personas que también siguen el tratamiento, les permite compensar la ausencia del producto. Cuando vuelven a casa, deben hacer frente a

su soledad. Vuelven a encontrarse con su contexto familiar y con la necesidad de retomar su lugar en la pareja y con los niños, que se han organizado (o desorganizado) en su ausencia; vuelven de nuevo a la vida cotidiana y a su rutina: la colada, las compras, las preocupaciones por la economía. Algunos pacientes habrán perdido su alojamiento y su trabajo al salir de una cura y deberán reinsertarse en la sociedad.

Existen también factores psiquiátricos responsables de las re-alcoholizaciones: si durante la desintoxicación y la cura no se ha podido apreciar una patología depresiva o ansiosa en su justa medida, esta patología no tratada puede resurgir y precipitar la recaída del paciente.

Después de la re-alcoholización

Las personas viven mal en sí mismas una re-alcoholización. Se sienten culpables de no haber mantenido su contrato. Se sienten frágiles y dudan de sí mismas al no saber ya si podrán mantener el contrato de no consumir de nuevo una bebida alcohólica. El fracaso despierta la vergüenza de padecer esta enfermedad.

Pero es sobre todo la familia quien vive mal la re-alcoholización, el cónyuge o los hijos, que pueden sentirse engañados y traicionados. Ellos también dudan: ¿está quizá más enfermo de lo que habían imaginado? Esta re-alcoholización reactiva ciertos funcionamientos: vigilar discretamente si el paciente continúa bebiendo; preguntas como: “¿estás bien?”, recibirlo con besos, no como expresión de ternura, sino para comprobar si su aliento huele a alcohol. A menudo, las familias dicen que se dan cuenta de que el paciente vuelve a beber, después de observar un cambio en el comportamiento del paciente. El problema del alcohol se convierte en el problema de toda la familia.

El paciente puede reaccionar de diversas maneras:

- Puede pretender controlar su consumo mientras continúa alcoholizándose, pero no lo consigue. Progresivamente, va aumentando las dosis y los síntomas de intoxicación son cada vez más visibles. En este caso, la re-alcoholización se convierte en recaída.

- El paciente puede encerrarse en sí mismo y a menudo no vuelve a las consultas ni a las reuniones de su grupo de ayuda: se separa de las personas que pueden aportar otras respuestas que no sean el comportamiento de alcoholización.
- El paciente puede también volver a la consulta justamente para hablar de su re-alcoholización, para poner palabras a su comportamiento, y en ocasiones un paciente viene a las sesiones de grupo diciendo: “he vuelto a recaer, quería decíroslo”.

Para realizar el trabajo de la abstinencia, hay que concienciarse en muchos aspectos:

- Localizar las circunstancias externas en las que puede surgir una re-alcoholización.
- Concienciarse de los puntos débiles personales susceptibles de despertar las ganas de beber alcohol.
- Autorizarse a vivir flashes de alcohol, localizar el craving y autorizarse a vivir todo tipo de sensaciones negativas son medios que permiten salir del silencio ligado al alcohol: la persona intenta rechazar esas señales del campo de su consciencia, ya que le dan miedo; ahora bien, es más constructivo integrarlas para aprender a gestionarlas y superarlas.
- Aprender a hablar de sí mismo: de sus deseos, necesidades, aspiraciones; de sus emociones, de su vida, de su pasado.
- Nutrirse de motivaciones que le permitan vivir de un modo distinto a como vivía con el alcohol, en particular de las que dan sentido a su vida.

LA ADICCIÓN

Adicción es un término francés de la Edad Media: una persona que no podía pagar una deuda a un acreedor era utilizada por éste como esclava, debía realizar todos los trabajos que le ordenara el acreedor. Esa persona

estaba ligada al acreedor, era totalmente dependiente hasta que pagara su deuda.

Hoy, la adicción describe un estado en el que la persona está atada a un producto, a un comportamiento o a ambos: producto y comportamiento, hasta el punto de no poder deshacerse de ello conscientemente o por su sola voluntad. Un comportamiento adictivo es, por ejemplo, la ludopatía, la hipersexualidad, la cleptomanía, y ahora también el hecho de navegar por Internet horas enteras sin poder parar. El consumo patológico de alcohol está integrado en los fenómenos de adicción, los centros de cura ambulatoria de alcoholología (antiguos centros de higiene alimentaria) se llaman ahora centros de cura ambulatoria de adicciones.

En la adicción existe una dependencia psicológica y a veces física. Es relativamente fácil superar la dependencia física: basta con evitar el contacto con el producto adictivo y recibir asistencia médica durante el periodo del síndrome de abstinencia. Sin embargo, la memoria de esta dependencia permanece durante toda la vida: si la persona introduce de nuevo ese producto en su cuerpo, sentirá la necesidad de consumir más. Por ello, para poder superar la dependencia psicológica es indispensable comprometerse con un trabajo sobre sí mismo, con el fin de localizar los mecanismos de la adicción en la vida cotidiana, trabajar las causas, hacerse consciente progresivamente del fenómeno y de las motivaciones inconscientes que lo mantienen en la trampa.

Al principio, cuando aún no es dependiente, la persona busca placer. Ese placer es real; no obstante, a medida que la dependencia progresa, mayores son las dosis necesarias, ya que la persona se habitúa a los efectos del producto; el placer que se busca aparece cada vez más tarde, después de consumir cantidades importantes del producto, y con una duración cada vez más corta. En la última fase de la toxicomanía (y el alcoholismo está considerado como tal), la persona ya no tiene noción del placer, lo que busca es hacer desaparecer el malestar debido a la falta física del producto. Las personas dependientes del alcohol dicen a veces que no sienten ningún placer cuando se alcoholizan y que se sienten asqueadas de sí mismas viéndose así.

La pérdida de control es inherente al comportamiento de adicción: la persona continuará consumiendo a pesar de las negativas consecuencias

físicas, psíquicas y sociales. Pretenderá sin embargo siempre controlar su consumo: “puedo dejarlo cuando quiera”, “yo controlo”, “puedo pasar sin él”. En estas consultas, se trata de entablar un diálogo con las personas, con el fin de permitirles comprender que el control fijado a primera vista no es tan fácil de obtener, y, cuando no pueden pasarse sin el producto, localizar con ellas en qué momentos “lo necesitan”.

El comportamiento adictivo posee cuatro características:

- Las personas no pueden resistir las ganas de consumir o de practicar ese comportamiento.
- La tensión va aumentando en ellas antes de la acción.
- Hay un sentimiento particular en el momento de la acción: las personas experimentan alivio cuando consumen, una especie de éxtasis o de “estar en las nubes”.
- La repetición del consumo arrastra a la persona a una pérdida del control.

Las características del comportamiento

Con la finalidad de obtener satisfacción, la persona repite un comportamiento según un recuerdo vago de la satisfacción obtenida en otro momento, conservada e idealizada en su imaginario. La satisfacción, sin embargo, ha desaparecido hace mucho tiempo. Podemos recordar las palabras de Claude Olivenstein: “No hay ningún toxicómano feliz”. No obstante, en la medida en que se desencadena el comportamiento, y como respuesta a su imaginario, la persona continúa encarrilada en él; por sí misma no puede detener ese comportamiento y continuará repitiéndolo hasta que ese impulso se agote en el origen.

La ausencia de satisfacción puede generar una escalada, pues como la persona antes se sentía bien cuando consumía o practicaba ese proceder, tendrá tendencia a acentuar su consumo (o esa manera de proceder). Aquí intervienen factores biológicos y psicológicos: el fenómeno de la tolerancia en el plano biológico –la misma cantidad no produce el mismo efecto psicotrópico, así que consume más–, tras una recaída alcohólica, las personas

dicen con frecuencia que vuelven rápidamente a su consumo anterior e incluso consumen más; en el plano psicológico se trata de la decepción por no haber podido respetar su promesa de no consumir o de consumir menos, y la culpabilidad reactiva el consumo: “¿para qué?”.

La escalada concierne tanto a la dependencia física como a la dependencia psicológica. El entorno de un paciente dependiente constata a menudo que “él ha cambiado, ya no podemos hablar con él, si le hablamos de su problema, se cierra”. En los inicios de la dependencia, el paciente conserva aún un cierto control; parece como si se autorizara a perder ese control totalmente. Un grado más es el consumo compulsivo, los pacientes dicen: “No sé qué me pasó, tenía que hacerlo, no comprendía por qué”.

La persona quiere recuperar en su imaginario un paraíso perdido. Se trata de una felicidad imaginaria que puede asociarse a una sensación de fuerza o de poder, las personas se encuentran en un terreno donde todo es posible, con ausencia total de límites. Ese “paraíso perdido” ha existido en la vida personal: cada niño pasa por una fase de poder total infantil. Cuando tiene lugar la construcción de la personalidad, existen los denominados “organizadores”, según los trabajos de René Spitz.¹ La primera sonrisa, aproximadamente a los tres meses, significa para el niño su capacidad de establecer una relación con el prójimo, lo que más tarde se convertirá en la capacidad de vivir la alteridad. El miedo al extraño, hacia los 8 meses (el niño gira la cabeza y llora cuando ve a una persona desconocida) significa que sabe distinguir a las personas familiares, lo que le permitirá más adelante distinguir las acciones condescendientes de los otros de las malintencionadas con respecto a él. Hacia los 18 meses, comienza a decir “no” a sus padres o tutores. El niño se opone a ellos cuando quieren que haga sus necesidades en el orinal o cuando lo mandan a dormir, se resiste a vestirse cuando los padres quieren salir o se desviste rápidamente mientras están vistiéndolo a su hermano... El niño aprende así a afirmarse, se rebela. Se siente más fuerte que sus padres, experimenta una especie de euforia. Normalmente abandona ese estado y se deja conducir a otras etapas ayudado por sus padres, integrará la alteridad y aprenderá a colaborar con los

1. En Jean de Ajuriaguerra, *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris, 1980.

otros. En la adicción, la persona conserva el deseo de recuperar ese sentimiento de poder total. Supone un rechazo de pasar a otra cosa, rechaza crecer y convertirse en un adulto responsable y autónomo, desea permanecer como ese niño sin responsabilidad que quiere todo para él.

La búsqueda de satisfacción es egocéntrica: la persona experimenta una tendencia a recogerlo todo para sí misma, tomar algo para ella y conservarlo, excluyendo al otro y cualquier tipo de reparto; utiliza al otro en la medida en que le aporta el producto, pero lo rechaza cuando no le aporta nada.

Hay una dificultad, a veces imposibilidad de soportar la frustración. Cualquier frustración desencadena las ganas de consumir y el consumo significa una compensación del malestar. La compensación puede ser inmediata, en el caso de alcoholización compulsiva: los pacientes no son conscientes de la sensación de frustración, sienten una ganas irresistibles de consumir. La compensación puede ser diferida en el caso de personas que no consumen bebidas alcohólicas a lo largo de la semana, pero que lo hacen de forma masiva durante el fin de semana y que son también dependientes del alcohol.

En lo que concierne a las relaciones de pareja, un paciente dependiente puede confabularse con su pareja también dependiente de algún producto (sea el mismo, sea otro, o sea un comportamiento relacionado con la alimentación). Son ejemplos. Sin embargo, la relación de dependencia puede ser más compleja. En algunos casos de dependientes del alcohol, se ha constatado que sus parejas necesitan que ellos sean enfermos: siguen de cerca su dependencia, les compran alcohol, controlan la cantidad que beben con el fin de ejercer un control sobre el enfermo. Estas personas pueden vivir mal el cambio que experimenta un paciente que decide hacer una cura y vuelve sobrio a casa para continuar trabajando su sobriedad. Algunos cónyuges abandonan a su pareja justo en ese momento para, en ocasiones, irse a vivir con otro enfermo dependiente. En esos casos, también esas personas viven en la repetición de un comportamiento, el de querer ocuparse de alguien, querer sufrir esa situación.

Una característica de las adicciones es el exceso, tanto de un producto como de un comportamiento: las personas quieren “siempre más”. El exceso puede persistir tras la desintoxicación del producto: la persona puede

cambiar el exceso de alcohol por un exceso de participación en las reuniones de alcohólicos anónimos, como es el caso de algunos militantes de estas asociaciones de ayuda mutua. También aparece el exceso en otros comportamientos en la vida cotidiana, como almacenar en exceso cosas no siempre útiles al hacer las compras, por el miedo de que le falte algo.

Hipótesis sobre las causas de la adicción

En las entrevistas, los pacientes evocan a menudo la principal frustración de su necesidad de reconocimiento en la infancia. El niño conserva el recuerdo de no haber sido percibido, ni acogido, ni creído, ni aceptado en lo que él se siente ser en su fondo. Lo cual provoca un estado de ira del que los pacientes se hacen conscientes cuando trabajan en su sobriedad. En esta ira es posible ver también las ganas de vivir a pesar de todo y contra todos, lo que explicaría la tendencia al exceso. La irritabilidad que impregna al enfermo es ciertamente ya el reflejo de esa ira; no obstante, en ese estado los pacientes quieren arreglar cuentas usando a los otros como blanco. Al trabajar las causas de su dependencia, algunos optan por separarse de sus familias: “Padezco una enfermedad que no me pertenece, he devuelto al César lo que es del César, le he dicho a mi madre todo lo que tenía que decirle, con todo mi respeto”, decía un paciente.

La frustración de la necesidad de ser reconocido constituye una llaga, aun cuando en el aspecto material al niño no le falte nada. El niño puede tomar el hábito de buscar una satisfacción rápida en caso de sensación negativa: algunos exageran a la hora de hacer sus demandas, y algunas demandas constituirán el nido del desarrollo de la adicción que se desarrolla más adelante.

Otros han crecido con padres que tenían muchos problemas personales y que, por ello, estaban ausentes de la educación de sus hijos e incluso del hogar, estos niños han crecido solos entre hermanas y hermanos o en las calles. Sus padres no han podido orientarlos en su deseo de convertirse en quienes sienten que podrían llegar a ser.

En cuanto a las causas inconscientes: las personas se comportan como si tuvieran una cuenta pendiente, como si tuvieran que reparar algo o como si

quisieran escapar de un peligro mayor. Pueden llegar a experimentar una profunda culpabilidad que les hace sentir a disgusto. Se convertirán en esclavas de su comportamiento si continúan repitiéndolo.

Concienciarse de los mecanismos del origen del comportamiento es capital para poder salir de él. El pasado permite comprender, pero en el presente no son los otros los que “ponen la copa en su mano”. Es capital abrirse camino intentando liberarse del producto y de ese comportamiento mediante un trabajo sobre sí mismo.

¿REPETIR EL COMPORTAMIENTO ADICTIVO O ENTRAR EN LA RESILIENCIA?

Un determinado número de pacientes alternan períodos de alcoholización con demandas de cura e incluso de abstinencia, sin que se desencadene la determinación de atajar el problema de raíz. Vivir sin alcohol parece un ideal imposible de conseguir, con el consiguiente miedo y la convicción del fracaso. Sus cuerpos muestran señales de intoxicación, se aíslan en el plano social y familiar, pierden sus trabajos. Faltan a las entrevistas o llegan con mucho retraso. Frecuentan los servicios de urgencia en caso de intoxicación etílica aguda, para hacer un tratamiento breve sin cura de mantenimiento. Sin embargo, son sinceros cuando hacen las siguientes demanda: “Quiero hacer una cura”. “Han de enviarme a un centro para hacer una cura de 3 meses”. “Han de cuidar mi depresión”. Se alivian de haber dado este paso; esperan un resultado, quieren una curación de golpe para no sufrir más.

Cuando un paciente ha aceptado una hospitalización, puede que al día siguiente o unas horas después ya no esté de acuerdo. Puede también negociar condiciones: “Quiero tener salidas libres para pasear por el parque”. “Quiero salir tal día porque mi hijo viene a casa”. “Tengo una entrevista con tal persona”. En algunos casos, el paciente ha vivido mal la entrevista en la que se le ha puesto al corriente de sus problemas físicos y psíquicos, lo que le produce tormento y angustia, y entonces reclama salir.

En los dos tipos de demandas, cuando la hospitalización se desea inicialmente y cuando se pone en cuestión poco tiempo después, el paciente actúa a partir de un sentimiento inmediato. Es la marca de la repetición de la alcoholización. La acción del alcohol modifica la vida emocional, el sentimiento de conciencia de sí mismo, la capacidad de estar presente en sí mismo y la manera de comportarse en las diversas relaciones. Un paciente que se alcoholiza regularmente está habituado a los efectos psíquicos del alcohol, así como a la alternancia del efecto de la impregnación y de la desaparición del efecto tóxico. Si el alcohol no tuviera esos efectos, las personas no se alcoholizarían y convertirse en abstemio no supondría ningún problema.

En la primera demanda, la que se hace cuando existe un sufrimiento considerable y de ahí la demanda de hospitalización, el paciente quiere hacer algo para no sufrir más y tener de nuevo la sensación de dominio de su comportamiento; quiere dejar de estar triste, conciliar el sueño. La experiencia que tiene del producto ya no le aporta lo que busca. Aumenta su angustia en lugar de disminuir, su tristeza se agrava, cada vez se siente más cansado, ya no puede hacer nada. Ahora bien, él querría que justamente su contacto con el producto fuera como antes, “beber como antes” o “beber como todo el mundo”, es decir, controlar de nuevo su consumo. Cuando se siente un poco mejor, solicita salir.

Dejar de alcoholizarse coloca al paciente frente a sí mismo. Algunos dirán: “Uno se siente desnudo, sin máscara”. El paciente está desconcertado ya que pierde sus referentes habituales. Debe hacer frente a su soledad, su angustia, su tristeza y sus dudas. Antes, el alcohol estaba ahí como una presencia, como un consuelo, ocupaba el lugar de una relación que no tenía. Debe encontrar ahora un recurso para llenar esa ausencia. Esto requiere tiempo y energía, movilizar toda su creatividad. Aunque el paciente no pueda decir lo que ha sentido antes de la alcoholización, podemos descifrar 4 tipos de una vivencia particular:

- **Un eclipse de la conciencia**, un acto que escapa al control consciente.
- **Un acceso de angustia** debido al cual el paciente no puede hacer frente a su vida ni a la presión que recibe de su entorno. Si los familiares tienen miedo de “una recaída”, se lo harán sentir al paciente.

- La **tensión ligada a la frustración** que se hace cada vez mayor y el paciente no encuentra medios para compensarla.
- La alcoholización puede tomar también el lugar de la **ira** cuando el paciente trata de evitar encolerizarse contra alguien de su entorno o contra sí mismo.

Es importante que los pacientes tomen conciencia del fenómeno de la repetición y para ello deben cambiar de nivel dentro de sí mismos.

Determinados pacientes, en los que hemos constatado repetidas alcoholizaciones con degradación de sus funcionamientos, empiezan a cambiar; trabajan su abstinencia, y aunque puedan ocurrir re-alcoholizaciones, no recaen en la nada del desaliento total, se esfuerzan intentando funcionar de otro modo. Hay un cambio en su demanda, se modifica su relación con el cuidador, los pacientes no están tanto a la defensiva, aceptan hablar de sí mismos; parece que han percibido una nueva posibilidad dentro de sí y para sí, aunque aún no sean del todo conscientes.

Si estos pacientes dicen: “He tocado fondo”, “No tengo elección”, “He decidido parar”, “He cortado con las relaciones de la gente que sólo venía para beber, aunque esto me obligue a estar solo” entendemos, en esos casos, que no se trata de una decisión momentánea que será invalidada después. En el ejemplo siguiente, un paciente describe sus comportamientos antes de tomar la decisión de dejar la bebida, su primera cura seguida de una re-alcoholización y lo que le ocurrió en un momento preciso:

“Sin duda, aún no había tocado mi propio fondo; la cuidadora hacía sus tentativas, yo telefoneaba dos veces por semana a la unidad de alcoholología para hacer mi solicitud. Llegó la hora, me fui con mi cuidadora, un equipo simpático. Pero cuando conocí a la médica de alcoholología y ella vio mi receta de medicamentos, mi “camisa química”, esa mujer daba unos brincos tan altos como la mesa. Me dirigió estas palabras: ‘Esto no es una cárcel, su receta va a ir a la basura y mañana no tendrá más que una sola tableta; ¡lo toma o lo deja!’. Traté de llevar a cabo las dos privaciones a la vez (alcohol y medicamentos), ¡no os hablo del precio de la adicción! Era inaccesible, tomaba cubos de café. Me subía por las paredes. No podía involucrarme en lo que

me proponían. No quería saber nada de asociaciones de ex bebedores. Lo había comprendido todo. Pasaron las cuatro semanas con una rapidez infernal; llegó la hora de salir. Me sentí abandonado a mi suerte al salir del caparazón hospitalario y volver a la estructura social, con todo lo que ello comporta. Quería rehacer el mundo, también dirigirlo, hacer que cerraran los bares, etc. Hacer en el lugar de otros. Y, creedme, lo olvidé todo rápidamente. Llegué a tocar fondo en mi berenjenal de alcohol. Tanto si tenía dinero como si no, me hacía falta el producto a toda costa. A veces, a precios sin competencia. Recuerdo que un amigo me decía: 'Nos vamos a colocar y no nos costará ni un céntimo'. Y luego iba al comercio que estaba más abajo, cogía el producto necesario y, con un ardid, borraba el código de barras, compraba una menudencia y ¡el truco estaba hecho!. Yo no lo creía pero era así. No podía comer solo, temía a la soledad. Me ahogaba. El alcohol tomaba la delantera. Los alimentos ya no querían pasar, vomitaba todo lo que comía. Pero, por desgracia, el alcohol pasaba bien para mi sorpresa. Luego, poco tiempo después, ya no podía beber café, también lo vomitaba... Tenía momentos de lucidez, pero desgraciadamente me sentía impotente. El director del hogar social, alguien humano a quien solía frecuentar, trató de convencerme de que volviera a hacer una cura; mi cuidadora también. *Yo estaba harto de estar harto*. Y fue en ese momento cuando sentí lo que iba a ser mi disparador”.

Para poder cambiar su modo de funcionamiento, el paciente necesita ser tocado dentro de sí mismo. Puede tratarse de un accidente corporal lo que hace que el paciente sienta que no puede ir ya más lejos en su temeridad. O tener miedo de morir y sentir que si continúa alcoholizándose no le quedará mucho tiempo de vida. Su motivación puede ser la felicidad de sus hijos y decide asumir su responsabilidad frente a ellos. En todos los casos, es sobre lo positivo que hay en sí mismo sobre lo que se apoya el paciente, sin poder nombrar, sin embargo, de qué se trata exactamente. Una paciente dice:

“Al principio iba al hospital a regañadientes, pero después, al tomar conciencia de que recaía, iba por mí mismo. Cuando vivía mi hija discapacitada, ella me motivaba, pues me decía a mí misma que no estaba bien beber así, porque me ponía triste; me culpabilizaba de

mi comportamiento y no quería que ella sufriera a causa de ese veneno que yo bebía todo el tiempo. Me sentía avergonzada y mal. Me sentía siempre mal frente a mi familia, algunos vecinos, algunos médicos y otras personas. En mi familia, por ejemplo, me rebajan y me reducen a mi problema con el alcohol. He tenido problemas graves en el pasado, y esos problemas me han empujado a beber. Ahora quiero cuidarme. Sé que no estoy a salvo de una recaída. Pero también sé que las entrevistas me ayudarán a salir de esto”.

Es posible encontrar circunstancias externas: tal paciente puede haber seguido una cura durante la cual se haya producido un cambio en él; tal otro podrá encontrar un grupo o una persona que le ayude; o puede que una aspiración profunda se despierte en ellos. Los pacientes experimentan algo gratuito al sentir, por ejemplo, que son amados por lo que son o lo que sienten en lo más hondo de sí mismos y que pueden contar con ellos mismos en lugar de dudar.

Ahora debe empezar un largo aprendizaje que permitirá al paciente tomar las riendas de sí mismo, trabajando su abstinencia, aprendiendo a conocerse en su aspecto emocional, sin caer en la trampa de la abreacción por la alcoholización en cuanto se sienten mal, haciéndole frente a su soledad, tratando de resolver sus problemas sin artificios, pero demostrando su creatividad.

Una explicación para un cambio tan sorprendente es el surgimiento de la “resiliencia”. Boris Cyrulnik escribe: “En su origen, la resiliencia es una medida física que caracteriza la resistencia de un cuerpo al choque. Aplicado a la psiquiatría (esencialmente por la americana Emmy Werner), la resiliencia se ha convertido en un concepto que define la capacidad de un ser para reflotar, para reconstruirse después de un traumatismo o de una herida. Es el arte de navegar por los torrentes... La resiliencia es la capacidad que tiene un individuo de apelar a sus recursos internos, impregnados en su memoria, sin dejarse llevar por la vivencia traumática que lo conduce a tropiezos”.² Cyrulnik se rebela contra la tendencia que asegura que,

2. Boris CYRULNIK, en *Courrier de l'addiction* (3) nº 2, abril/mayo/junio 2001; ver también *Les vilains petits canards*, Odile Jacob, coll. “Poche”, Paris, 2004.

debido a los traumatismos que han sufrido, algunos casos están “perdidos”; porque todo puede cambiar si esas personas encuentran un “tutor de resiliencia” que permita inducir un cambio en ellas. En otras palabras, si una persona establece una transferencia que le permita creer de nuevo en una posibilidad, puede dar el primer paso para abrirse camino, y salir de su problema paso a paso.

El ámbito psicosomático

5

EL CUERPO

Observaremos el cuerpo aquí desde el ángulo psicológico: algunas de sus reacciones traducen conflictos internos de los que la persona no es consciente, lo que también llamamos “lenguaje corporal”. Así, una persona que tenga un sistema defensivo sólido puede ser vista por los demás como una persona “dura” o “rígida”. Además, aun siendo consciente de su problema, la persona quizá no quiera hablar de él, mientras que su cuerpo lo está mostrando, al igual que una molestia psicológica puede ser visible por el enrojecimiento del rostro. El cuerpo es pues la interfaz entre los funcionamientos psicológicos, fisiológicos y físicos.

El cuerpo es una realidad psicofisiológica: podemos decir que **somos** un cuerpo: el cuerpo contribuye a la construcción del sentimiento de identidad; pero es también justo decir que **tenemos** un cuerpo, ya que el cuerpo puede ser tratado como un objeto. Es una realidad sexuada que determina la identidad de una persona e influye en sus elecciones, sus comportamientos, sus relaciones. En tanto realidad biológica, el cuerpo tiene unas leyes de funcionamiento, de desarrollo y de envejecimiento. Posee un capital vital y unos límites que conciernen a su resistencia, su longevidad, su energía, su belleza, su salud. Mediante sus funciones metabólicas, produce la energía necesaria para su propio mantenimiento, del que conviene ocuparse. Este capital puede gestionarse con prudencia y previsión o bien

dilapidarlo, lo que ocurre en el caso de las personas que ignoran su cuerpo, como los enfermos alcohólicos, los que abusan de drogas o tabaco o tienen otras adicciones...

El cuerpo constituye un medio privilegiado de acceso a lo que la persona experimenta en el fondo de sí misma, ayudándola a unificarse: la distensión muscular, los ejercicios respiratorios o determinadas actitudes del cuerpo favorecen la interiorización y el sentimiento de las sensaciones profundas que surgen de su ser. El bienestar físico puede llevar al bienestar de la persona en su totalidad. Por esta razón la relajación y el trabajo psicocorporal son medios importantes en el tratamiento de las dependencias, ya que permiten que los pacientes tomen conciencia de sus cuerpos y descubran que pueden sentirse “bien”, distendidos, sin recurrir a un producto determinado. Si una persona comienza a vivir a partir de lo que la habita en su interior, experimentará sensaciones de dinamismo y alegría, y eso será visible en su expresión física.

Del mismo modo que cada cual tiene una imagen de sí mismo (cómo se ve, con sus puntos fuertes y débiles), tiene también una **imagen de su cuerpo**, es decir, cómo ve su propio cuerpo. Esta imagen está a menudo deformada en relación con la realidad objetiva: es como si la persona se mirara con lentes que deforman: la persona juzga y compara su cuerpo con ciertos modelos, lo ve negativamente, lo idealiza, pero también lo ve objetivamente. Cuando comenzamos a envejecer, algunas personas conservan más o menos conscientemente la imagen del cuerpo que tenían cuando eran jóvenes, que es una imagen idealizada; otras, en cambio, anticipan las primeras señales de vejez antes de su aparición diciéndose que no soportarán verse viejas, lo que supone una imagen negativa.

Es importante que no se confunda la imagen del cuerpo y el esquema corporal. La **imagen del cuerpo** es una representación más o menos consciente del cuerpo, que se modifica en función de ciertos estados emocionales (angustia, estrés, culpabilidad), en función de ciertas enfermedades (depresión, psicosis) y bajo la influencia del alcohol y de las drogas. Bajo el efecto de una emoción, es posible que los límites físicos no se perciban de forma clara y segura, así, por ejemplo, las personas pueden chocar con una pared, o no conseguir juntar su mano con la de otra persona al querer agarrarla.

Entre los enfermos alcohólicos las caídas por las escaleras son más frecuentes que entre los no alcohólicos, así como también los accidentes de trabajo. Los pacientes cometen torpezas porque tienen una noción imprecisa de los límites de su cuerpo. Este aspecto tiene tendencia a persistir tras la desintoxicación. Se trata de torpezas en el campo de la motricidad fina, de la expresión de emociones, como la gestual, la concerniente a los desplazamientos o a la ejecución de tareas. Estas torpezas pueden estar vinculadas a los temblores, bien conocidos por los enfermos alcohólicos. Cuando los temblores no desaparecen tras la desintoxicación, debemos preguntar a la persona si continúa alcoholizándose, aunque sea ocasionalmente o en pequeñas cantidades, no obstante, aunque mantengan la privación algunos conservan esos temblores, que expresan un estado de ansiedad. El **esquema corporal** por el contrario es un fenómeno inconsciente y permanente. Todos los miembros, el torso, la cabeza y los órganos internos están dirigidos por el córtex cerebral, donde tienen una representación anatómica y topográfica, llamada esquema corporal, que persiste después de una lesión periférica: después de una amputación, el enfermo debe aprender a no querer utilizar automáticamente su miembro amputado. Dicho de otro modo: nacemos con nuestro esquema corporal pero constituimos nuestra imagen del cuerpo.

El cuerpo tiene **necesidades específicas**: físicas y psicológicas. Las necesidades físicas traducen la vida o la supervivencia del cuerpo y de la especie humana: se trata de la necesidad de dormir, comer, beber, respirar, moverse, de cuidados cuando el cuerpo está enfermo, de protegerse contra los peligros, de confort y de satisfacción de los sentidos, las necesidades sexuales. Estas necesidades están sostenidas por mecanismos fisiológicos y metabólicos; su satisfacción produce placer y hace desaparecer el displacer de la falta. Por ejemplo, cuando no se ha comido durante un cierto tiempo, se despierta el hambre, luego, la sensación de saciedad señala que es necesario parar de comer. En el caso de una persona no dependiente, cuando consume alcohol y siente sus efectos, comprende que ya no debe tomar más. Las personas dependientes del alcohol, por el contrario, sólo sienten sus efectos con dosis mucho más elevadas y, debido a su dependencia, pierden la noción de la cantidad consumida.

Las necesidades psicológicas ligadas al cuerpo se manifiestan muy temprano en el niño; se trata de la necesidad de ser reconocido en su cuerpo, visto y apreciado en su identidad sexual, amado a través del tacto de la madre y del padre, necesidad de sentirse seguro, de estar “bien”, feliz en su cuerpo, “bien dentro de su piel”, necesidad de libertad para expresar su cuerpo, soltar las tensiones... En el adolescente aparece la necesidad de sentir que los padres están felices de las transformaciones de su cuerpo y también la necesidad de poder hablar simple y libremente de ello. En la edad adulta algunas de estas necesidades se difuminan, otras subsisten, aunque si no son satisfechas es menos grave que en el niño, el cual establece la relación con su cuerpo a partir de la forma en que su entorno se comporta con él. Con la edad aparecen otras necesidades: más reposo, cuidados, a veces régimen alimentario; es necesario escuchar las necesidades del cuerpo:

“La enfermedad del alcoholismo me obligó a escuchar a mi cuerpo, pero hizo falta que fuera obligado a dejar de beber primero. Aprendí a tener en cuenta a mi cuerpo y a respetarlo. Pude hacer la asociación de mis trastornos emocionales y mis sensaciones de malestar con mis heridas: mis carencias afectivas, mi desvalorización y la muerte de seres queridos”.

Cada persona desarrolla una **relación con su cuerpo**: ésta se inscribe en la historia de toda la vida. Hay una evolución normal tras la concepción, el nacimiento, el periodo de la infancia y adolescencia, la entrada en la vida adulta. A partir de la mitad de la vida, las personas constatan que sus fuerzas se regeneran menos rápido y necesitan más reposo. La vejez viene habitualmente acompañada de problemas de salud y, poco a poco, la persona debe prepararse para la muerte. Enfermedades, accidentes, lesiones en la imagen del cuerpo así como violaciones de la integridad corporal pueden marcar profundamente y dejar traumatismos psicológicos. Interviene también aquí la acción de los otros hacia el cuerpo: ¿es éste amado, apreciado, valorado de forma justa o más bien negado, ironizado, humillado o infravalorado?

Lo queramos o no, todos tenemos una cierta consideración hacia el cuerpo, lo cual marca nuestra relación con él:

- Muchas personas no se cuestionan en este aspecto, el cuerpo es como una máquina que debe funcionar como ellas quieren. Quizá, les permite funcionar de esta manera su considerable vitalidad, siempre y cuando se recuperen rápidamente cuando el cuerpo se fatiga. Pero pasada una cierta edad, deben ser mucho más prudentes a este respecto y tener en cuenta las primeras señales de debilidad de la salud.
- Otras ven en el cuerpo a su enemigo, a alguien que les traiciona o les tiraniza, un objeto vergonzoso o una fuente de dolor o angustia. Esto es un signo de sufrimiento psicológico ligado al cuerpo.
- Ciertas personas no tienen relación con su cuerpo: es un desconocido, parecen vivir sin él o ir sin cesar más allá de sus fuerzas. En algunos casos, pretenden dominar sus necesidades durmiendo demasiado poco, comiendo demasiado poco, desatendiendo su aspecto físico.
- La apariencia puede estar sobrevalorada: en este caso, algunas personas se identifican con su físico y dicen que no soportarían la decadencia o algún handicap. Tienen mucho miedo de envejecer. Aún no han descubierto que lo que da sentido a sus existencias va más allá de su apariencia y procede de lo profundo de su persona, donde habita su verdadera identidad.
- El cuerpo puede convertirse también en un amigo, un acompañante, un servidor, cuyos límites se aceptan y con el cual se instaura la armonía relacional que aporta satisfacción mediante acciones, placeres, relaciones, bienestar.

El ejemplo siguiente muestra la evolución de la relación con el cuerpo:

“Desde muy joven, he trabajado mucho. Me encantaba ir de juerga, alcoholizarme para sentirme más fuerte. Pero a partir de los 35 años, mi cuerpo comenzó a alertarme lanzándome signos de nerviosismo. No me sentía bien en mi piel, pero el alcohol era el producto que me hacía funcionar. Después de los 45 años, vomitaba por las mañanas, siempre estaba cansado, tenía pérdidas de memoria, falta de sueño; consulté a mi médico, que hizo el siguiente diagnóstico: tenía enfermo el hígado, apnea del sueño, el corazón cansado, en fin, no estaba bien en mi cuerpo. Comprendí entonces que lo había tomado por una

herramienta de trabajo a la que empujaba más allá de sus límites: bebía tres o cuatro litros de vino por día, además fumaba tres paquetes de cigarrillos, y encima trabajaba mucho. No podía más. Entonces, estuve absteniéndome durante más de tres meses con la ayuda de mis médicos. Hicimos un buen trabajo y ahora cuido mi cuerpo ya que ha sufrido demasiado. Quisiera estar en perfecta armonía con él, pues se lo merece. Ahora es un amigo para mí y lo cuido lo mejor que puedo, y mi cuerpo va recobrando su forma lentamente”.

Es necesario escuchar el lenguaje del cuerpo. Da señales de alarma en caso de que no se respeten sus necesidades. Los trastornos llegan cuando la persona no tiene en cuenta los síntomas de su sufrimiento, fatiga, estrés físico. Cuando desfallece una función física es señal de que la persona ha ido demasiado lejos. Un testimonio nos muestra que los signos físicos están mezclados con la problemática psíquica:

“Yo había empezado una gran vida hacia la nada, la pista deslizante por la que se aceleraba mi caída al tiempo que la retirada del permiso de conducir. Vivía solo, mi soledad se me pegaba a la piel al igual que mis continuas angustias. Bebía de forma continua, a ciegas, no sabía si era de día o de noche, ni qué día ni qué noche. Mi memoria se resistía a revelarme qué había dicho, qué había hecho, con quién había estado o dónde había dejado el coche. Ya no comía. Mis fuerzas físicas y mi equilibrio me abandonaron. Transpiraba excesivamente al subir dos pisos, estaba a punto de reventar. Cuando sonaba el timbre de la puerta de casa sufría un gran sobresalto y no abría. El buzón me daba miedo. El teléfono me paralizaba. En los escasos momentos en que estaba de humor, quería hacer tapizar mi habitación, aun teniendo facturas sin pagar. Los privilegiados instantes de lucidez me permitían acudir al trabajo. Tenía la sensación de estar rodeado e inmovilizado por la angustia, por la incompreensión sin salida, puesto que tras perderlo todo, iba a perder también mi trabajo”.

Para cuidar el cuerpo, la persona debe trabajar su motivación para vivir de otro modo, proyectándose en un porvenir que debe ir invirtiendo poco a

poco. Sin embargo, esto es frágil y requiere esfuerzos continuos asociados a la reflexión sobre lo que es bueno para ella y sobre cómo puede adquirir el equilibrio. Un testimonio dice:

“Mi cuerpo me habla a todas horas, pero desgraciadamente no lo escucho o cuando lo escucho es demasiado tarde. Hago todo lo posible para obligarme a cuidarme, pero cuando voy mejor, en lugar de continuar alerta, retomo enseguida actividades que son demasiado duras para mí: no admito mi debilidad, la detesto, tanto como detesto lo que la produce: el alcohol, que es el responsable en gran medida. Hay momentos en que me pregunto si no habré vivido demasiado tiempo en el exceso y si no habré sobrepasado la cuota de vida de mi cuerpo. ¿Acaso es posible vivir sin cuerpo? Mis esperanzas de una vida sin alcohol están intactas, pero sin cuerpo tengo miedo”.

En los párrafos siguientes, abordaremos los diferentes sectores del cuerpo y sus implicaciones en la enfermedad del alcoholismo.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Estos trastornos son la anorexia mental y la bulimia compulsiva. En el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, en particular de la bulimia, aparece un consumo excesivo de alcohol. En los sujetos bulímicos, el abuso del alcohol representa con frecuencia el segundo diagnóstico asociado, después de los trastornos depresivos.

Constatamos que la **anorexia mental**, así como los trastornos bulímicos, están emparentados con un comportamiento de alcoholización en la medida en que los pacientes se vuelven dependientes de su comportamiento hasta el punto de que no pueden modificarlo por su voluntad. Lo llamamos adicción alimentaria o adicción relacionada con un comportamiento y no con un producto, como el alcohol.

Los pacientes anoréxicos se niegan a mantener su peso corporal en un valor mínimo normal. Tienen una preocupación obsesionante con la balan-

za, se pesan habitualmente a diario o varias veces por día. El miedo de coger peso no los abandona nunca, a menudo se consideran obesos, lo cual significa que han perdido la percepción ajustada de la forma y las medidas de su propio cuerpo.

El término “anorexia” está mal elegido. Raramente los pacientes dejan de tener hambre, se trata más bien de una lucha para no sentir el hambre. Esta enfermedad se caracteriza, pues, por un profundo trastorno de la imagen corporal, asociada a permanentes esfuerzos por controlar la alimentación para continuar adelgazando, lo que les produce un sentimiento de poder.

Constatamos dos formas diferentes: en una de ellas los pacientes restringen su alimentación, sin episodios de bulimia; en la otra, hay además episodios de bulimia.

El desarrollo de una anorexia mental varía de un individuo a otro. Hay modalidades poco graves que se curan en algunos meses, pero muchos de los enfermos no consiguen volver a una alimentación normal y necesitan por ello un tratamiento específico. En ciertos casos, este comportamiento se vuelve crónico. En las formas más graves, existe el riesgo de muerte.

Encontramos trastornos del comportamiento alimentario, en cualquiera de sus formas, en casi el 40% de los adolescentes y de adultos jóvenes. Podemos subrayar a este respecto que la alimentación está siempre relacionada con la gestión de la afectividad, y es justamente la afectividad lo que se pone a prueba en la adolescencia por la transición que se da en el niño para ir convirtiéndose progresivamente en adulto.

La edad del inicio de esta enfermedad se sitúa entre 10 y 30 años. La preponderancia del trastorno se estima entre el 0,5% y el 1% en los adolescentes, y aproximadamente en un chico, por cada 10 chicas. Esta patología se asimila, pues, como patología femenina y concierne claramente a la relación de la hija con su madre.

Cuando aparecen episodios de bulimia, indican una pérdida del control alimentario; aparecen de forma violenta, a escondidas, a veces por la noche y a menudo acompañados de vómitos provocados. En este caso, los pacientes toman diuréticos y laxantes.

La dependencia del alcohol es poco común en la anorexia, pero pueden existir otros comportamientos adictivos, como los robos compulsivos de medicamentos, dulces o ropa y también trastornos impulsivos: fugas, tentativas de suicidio.

La **bulimia** representa el trastorno más frecuente de las conductas alimentarias. Los paciente engullen gran cantidad de alimentos y padecen una pérdida de control del comportamiento alimentario durante la crisis. Una crisis suele acabar frecuentemente con dolores abdominales. En el plano psicológico, los pacientes experimentan culpabilidad y asco de sí mismos. Frecuentemente, se provocan el vómito, abusan de laxantes, diuréticos y realizan ejercicios físicos o deporte con el objetivo de controlar su peso. Al contrario que los anoréxicos, los bulímicos tienen habitualmente un peso normal.

Distinguimos dos tipos de bulimia: con vómitos o con toma de purgantes: los pacientes recurren a los vómitos provocados de forma regular o toman diuréticos; y sin vómitos, el paciente prefiere compensar los excesos alimentarios mediante ejercicio físico o ayuno.

La bulimia es más frecuente que la anorexia, afecta a entre el 1 y el 3% de mujeres jóvenes. Las mujeres están más expuestas que los hombres; el inicio de la enfermedad se sitúa más tarde que la anorexia mental.

Debemos distinguir la bulimia del hambre canina, exacerbada, mucho más frecuentes y donde el comportamiento alimentario se mantiene adaptado: los pacientes comen lo que les gusta, por ejemplo, dulces, charcutería, quesos, pero no pierden el control de la alimentación.

La evolución y el pronóstico de la bulimia son variables, pero parecen mejores que en los casos de anorexia mental. La mejora sintomática puede alcanzar el 50% y estabilizarse en un periodo de cinco años. La enfermedad permanece, sin embargo, como patología crónica, que raramente remite completamente. Menos de un tercio de los pacientes se estabiliza en tres años, otro tercio consigue una mejoría más o menos considerable, el tercio restante se agrava durante esos tres años.

Si se desarrolla un consumo de alcohol de riesgo o una dependencia del alcohol, las conductas de dependencia se caracterizan por una preocupa-

ción casi obsesiva alrededor del consumo de la sustancia, sea ésta alimentaria o alcohólica. Los pacientes consumen en secreto y afecta a todas sus actividades cotidianas. El consumo conlleva una culpabilidad considerable y el aislamiento social y afectivo. Las conductas patológicas se mantienen a despecho de las consecuencias negativas que comportan, tanto en el plano físico como en el psicológico y el social, mediante un mecanismo de negación que compromete la solitud de cuidados y, a largo plazo, la curación. El alcoholismo aparece, en general, tras la instalación de la bulimia y representa un factor evolutivo de gravedad. A veces, la conducta alcohólica sustituye a la bulímica, pero es más frecuente que los trastornos permanezcan ligados: la mejora de uno de ellos implica el agravamiento del otro.

En la evolución de un trastorno alimentario es importante que la persona acoja a su cuerpo de manera nueva, tomando conciencia de la disfunción producida por haber negado al cuerpo. Es una invitación a desarrollar una actitud de dulzura con el propio cuerpo, así como consigo mismo para poder progresar. Una persona escribe una carta dirigida a su cuerpo:

“Pienso sobre todo en ti, pequeño estómago. Te cebo, te colmo hasta que no puedes más. Y tú no me haces sentir nada, no me das señales, no te manifiestas. ¿Cómo puedes soportarlo? ¿Por qué no te rebelas? ¿Por qué te dejas invadir de alimentos que se burlan de ti? ¿Crees que podrás soportarlo mucho más tiempo? ¿No te gustaría respirar un poco y sentirte más respetado? No tienes nada que reprocharte, eres como los demás. Vuelve lentamente a tu medida normal. Ya verás, sentirás que revives y nunca más te sentirás ahogado ni vencido por anticipado. Yo te enseño y, sin embargo, ¿qué has hecho tú? Tú sólo sufres. Haz que comprenda cuando tienes suficiente. Enséñame a respetarte, a pensar en ti, a no tomarte solo por un objeto o un enemigo. Eres un desconocido para mí. Sé mi amigo; un amigo del que me ocupe y que me sea querido. Has sido siempre alguien que me ha acompañado, alguien que me ha ayudado a sobrevivir y yo sólo te he dado mi ingratitud. ¿No crees que ha llegado el momento de avanzar de la mano y de no abandonarnos nunca más? Cómo te he maltratado. Te imagino en un rincón a merced de mi voluntad. Dime cuándo te sientes mal, cuándo sufres. No

osas decirlo tú mismo y me lo haces sentir a través de otros: el corazón, el aliento, los pies, pero tú, nada. Venga, despiértate, amigo mío, demuéstame que estás ahí, que ya estás hartado, que esta vez has comprendido y yo también. No tengas miedo, entre tú y yo puede ser maravilloso”.

LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

La alcoholización interfiere a niveles diversos en el desarrollo normal del sueño y da lugar a numerosas perturbaciones. Sin embargo, los pacientes no se lamentan de dormir mal. En la alcoholización, puede buscarse ese adormecimiento rápido por su acción anestésica sobre el sistema nervioso. Pero el alcohol es un tóxico y sus efectos perturban el metabolismo cerebral y, por ello, la función del sueño.

El sueño es un estado fisiológico regular, periódico y fácilmente reversible. Los trastornos del sueño pueden estar relacionados con una mala higiene de vida: las personas se acuestan a horas irregulares, no hacen ejercicio físico, se alimentan de forma inadecuada comiendo demasiado por las noches... A las personas que duermen mal, les desaconsejamos que duerman hasta muy tarde por la mañana o hacer largas siestas, ya que reducen el capital del sueño. Cuando aparecen violentamente trastornos del sueño en personas que antes dormían bien, pueden constituir síntomas precoces de descompensación de una enfermedad psiquiátrica.

La mayoría de las personas necesitamos dormir entre seis y nueve horas. Existe una diferencia psicológica entre los que “duermen poco” y los que “duermen mucho”. Los primeros, generalmente son competentes, ambiciosos, socialmente adaptados y satisfechos de sí mismos. Podemos convertirnos en una persona que duerme poco por necesidad: les ocurre a ciertas profesiones cuando el volumen de su trabajo aumenta. Los segundos son personas ligeramente deprimidas, ansiosas y no muy integradas socialmente.

Podemos estimar que, aproximadamente, un tercio de la población adulta presenta algún trastorno del sueño a lo largo de su existencia. El más frecuente es el insomnio. Los factores asociados son: el sexo femenino, la

presencia de patologías orgánicas y psiquiátricas, el abuso de sustancias (alcohol, drogas, medicamentos) y la edad avanzada.

El insomnio se define como la dificultad de conciliar o de mantener el sueño. Esta dificultad puede ser transitoria o crónica. Frecuentemente, el insomnio es generado por la ansiedad; las personas que padecen ansiedad también duermen mal. Una experiencia dolorosa, como una pena repentina o una frustración inesperada, también puede perturbar el sueño de forma transitoria. Asimismo es habitual dormir mal antes de un acontecimiento, un examen, una entrevista de trabajo o el miedo a perder un tren o un avión antes de un viaje. Pero también es posible a la inversa: ciertas personas no oyen el despertador y se pierden el examen o la entrevista de trabajo. Inconscientemente, se hacen fracasar.

Puede ocurrir que un episodio psicótico o un estado depresivo grave empiecen con insomnio.

El insomnio crónico es una patología frecuente; el problema es generalmente la dificultad de conciliar el sueño. Está relacionada con un estado de tensión y de ansiedad. Los pacientes se quejan de aprensiones o pensamientos que les impiden dormir. A veces, describen un insomnio exacerbado en periodos de estrés (sea producto del trabajo o de la casa), y una tregua de los síntomas durante las vacaciones.

La patología de la apnea del sueño se diagnostica frecuentemente en la actualidad; aumenta con la edad, la obesidad o el consumo de alcohol de forma regular. La apnea del sueño se define como una interrupción del flujo aéreo que sale de la nariz o de la boca, y que tiene una duración superior a 10 segundos. Viene acompañada de un ronquido. El sueño se desorganiza, las personas se despiertan frecuentemente por las noches y luego se duermen a lo largo del día. Puede alterar el carácter a los pacientes y convertirlos en irritables y depresivos. Es una patología peligrosa que está presente en un número considerable de muertes, incluso de bebés y niños. En caso de duda, se realiza un registro nocturno del sueño en un centro especializado. Si se confirma, el tratamiento elegido es la prescripción de un aparato nocturno de presión positiva continua. El paciente debe evitar medicamentos psicotrópicos y/o el alcohol, que agravan considerablemente el mecanismo de las apneas.

Muchas personas utilizan el alcohol como ayuda para poder dormir. Sin embargo, tomar alcohol produce un sueño fragmentado y una intensa actividad de sueños y despertares bruscos y frecuentes. A todo esto, se suma un sueño agitado y la sudoración nocturna. Cuando se consume regular y excesivamente, los pacientes se quejan con frecuencia de que despiertan con pesadillas, sudorosos y de forma prematura, tras un sueño más o menos agitado. Esto está relacionado con la perturbación del sueño profundo y con el aumento de los sueños. Son señales que indican falta de alcohol en el marco de la dependencia física. Algunos pacientes se levantan durante la noche para tomar una bebida alcohólica a fin de evitar estos trastornos.

En un sujeto sano, el consumo de alcohol por la noche provoca un aumento moderado de las apneas. En las personas afectadas por un síndrome de apnea del sueño, la influencia nefasta del alcohol está mucho más marcada.

Los cónyuges constatan que los ronquidos de su pareja son más fuertes cuando han bebido alcohol antes de acostarse.

Cuando los pacientes comienzan un tratamiento de privación bajo vigilancia médica, su sueño se va restableciendo progresivamente, gracias a la retirada del tóxico y a los medicamentos administrados, tranquilizantes en particular.

Por el contrario, los pacientes que aún no se han decidido a iniciar la privación, solicitan habitualmente hipnóticos, ya que soportan muy mal el hecho de dormir poco. Se establece entonces un círculo vicioso cuando estos pacientes toman alcohol por el miedo a no poder dormir, lo cual agrava el problema del sueño y los lleva a una nueva alcoholización. Si además toman medicamentos, todo se agrava aún más.

LOS FENÓMENOS DOLOROSOS

El síntoma del dolor está presente como uno de los signos de desequilibrio en la persona, señala malestar general ligado a otros síntomas, como angustia, depresión, que favorecen recurrir al alcohol o a otros productos para hacer desaparecer momentáneamente la sensación de malestar.

En caso de dolor, en lo primero que se piensa es en una afección orgánica, especialmente cuando los dolores son agudos. Todos los órganos pueden estar sufriendo. Por el contrario, en caso de **dolores crónicos o recidivantes** intervienen muchos más factores psíquicos. En estos casos se considera al dolor como un síntoma psicossomático. Podemos constatar que determinados pacientes se quejan de síntomas crónicos e invalidantes, aunque los análisis y pruebas que se les realizan sean negativos.

En la actualidad, los pacientes están más atentos a sus síntomas, les inquietan más que en tiempos pasados y los atribuyen espontánea y fácilmente a causas orgánicas más que a psicológicas o sociales. A menudo, cuando el médico les dice que el dolor tiene un origen psicogénico, los pacientes no sienten que les estén confirmando su dolencia y además puede aparecer culpabilidad, ya que se sienten responsables de sus síntomas. Con frecuencia, no soportan esta suposición. Sin embargo, tras las quejas, pueden esconderse numerosas causas neurológicas, psiquiátricas, endocrinas, hepáticas, cardiovasculares y tóxicas. En cuanto a las causas tóxicas, puede tratarse de intolerancia, de sobredosis o de síndrome de abstinencia de numerosos medicamentos, por ejemplo analgésicos, o de una patología alcohólica –consumo de riesgo o dependencia– que se revela de esa manera.

Cuando hay un síntoma médicamente inexplicable, puede deberse a una alteración orgánica mínima que no es posible detectar mediante las técnicas actuales. La probabilidad de descubrir una causa orgánica grave es mínima. Muchos de esos síntomas, llamados funcionales, tienen su origen en un desamparo psicossocial. Y aquí es donde encontramos el lazo con la problemática del alcohol. Otras problemáticas son las afecciones depresivas que se manifiestan esencialmente mediante quejas somáticas, que llamamos depresiones enmascaradas.

Un paciente que padece un dolor crónico puede sin darse cuenta entrar en un círculo vicioso que mantiene su síntoma: el dolor obliga al paciente a reposar; pero si reposa excesivamente, adolecerá de ejercicio y de estimulación por parte del entorno. Se replegará sobre sí mismo, “se escuchará” más, percibirá la más mínima incomodidad, lo cual hará que su ansiedad y su malestar moral se disparen. Debido a su preocupación, tendrá una tendencia a pedir a los médicos pruebas y análisis que revelarán la ausencia de

patología orgánica, cosa que lo va a satisfacer sólo durante un tiempo. A causa de esta angustia psicológica, puede ir desarrollando poco a poco un abuso del alcohol.

El dolor depende de la intensidad de la excitación dolorosa, pero se modula mediante **factores emocionales y relacionales**, por la experiencia infantil, por la civilización. Las personas utilizan su sistema de defensa control el dolor, como lo harían para luchar contra cualquier otro tipo de incomodidad.

Igual que el síntoma de un malestar psíquico, el dolor es ya la expresión de una demanda de ayuda; se trata de una comunicación entre el sujeto que sufre y el otro. El dolor expresa también el miedo de perder al objeto amado –por lo tanto, a la persona susceptible de responder a esa demanda de ayuda.

Si esa demanda no es satisfecha, la persona que sufre tiene un sentimiento de rechazo.

Finalmente, el dolor puede ser también una forma camuflada de agresividad hacia las personas por las cuales se siente rechazada. El dolor puede ser expresión de ansiedad y, cuando se ha perdido la esperanza, de depresión. La ansiedad y el dolor se refuerzan mutuamente. Es necesario estar al tanto de los tratamientos médicos, sobre todo cuando son tratamientos dolorosos –por ejemplo en medicina dental.

Ciertos dolores aparecen **después de la privación del alcohol**. Esto parece estar ligado al hecho de que la persona se vuelve atenta a lo que ocurre en su cuerpo, mientras que antes, por un proceso psíquico o ayudada por el alcohol se anestesiaba. El alcohol posee un considerable poder anestésico y puede utilizarse para hacer desaparecer un dolor, ya sea agudo o crónico. Se utiliza para evitar y huir de las obligaciones o tensiones, o para no hacer frente a situaciones temidas y, sobre todo, para no hacer frente a uno mismo. Después de una desintoxicación de alcohol, el cuerpo vuelve a vivir, lo cual puede expresarse mediante diversos dolores y somatizaciones que la persona ignoraba. Estas somatizaciones contienen mensajes que podemos percibir como invitaciones a vivir de otro modo. Un ejemplo es el dolor de la polineuritis. Una consecuencia del alcoholismo crónico es a menudo una polineuritis, debida a la carencia de vitamina B. Para metabolizar el alcohol son necesarias esas vitaminas, por lo que los pacientes agotan sus existen-

cias. Además, con frecuencia se alimentan de forma desequilibrada, ya que sus necesidades calóricas están cubiertas por el alcohol y no ingieren las vitaminas suficientes. La polineuritis se manifiesta en primer lugar mediante signos subjetivos, calambres en las piernas, luego parestesias, que son sensaciones de picazón, ardores, entumecimientos, hormigueos. Tras la privación, el paciente puede percibir esas sensaciones como auténticos dolores.

LA SEXUALIDAD

En la enfermedad alcohólica, frecuentemente se da un sufrimiento ligado a la sexualidad, responsable de trastornos específicos, ahora bien, en la mayoría de los casos, las personas no pueden hablar de ello. La relación de pareja queda profundamente afectada. Muchas personas dependientes si se sienten solas –aunque tengan una relación de pareja–, buscan en el alcohol el sustituto de una relación, y el consumo de alcohol las conduce al aislamiento: ya no comunica lo que vive en lo más profundo de sí misma. A menudo, tiene lugar una re-alcoholización tras una decepción sentimental, cuando la persona tiene noticia de la enfermedad o muerte de un allegado o simplemente tras una frustración afectiva. La alcoholización sustituye a la palabra o evita que la persona se comunique con el otro, o, bajo la influencia del alcohol, puede pronunciar palabras que no piensa o que olvida rápidamente. En la medida en que la alcoholización comporta trastornos para el otro en la relación, es muy frecuente que sea motivo de separación de los cónyuges y de alejamiento o separación de los niños.

La sexualidad es una realidad de la persona, está en constante evolución a lo largo de toda la vida. Afecta a todos los aspectos de la persona, su afectividad, su identidad, sus aspiraciones profundas, su potencial creativo, su concepción de la vida, sus principios, la noción del bien y del mal, la vida relacional, su cuerpo. En tanto que realidad de la persona, trasciende al simple comportamiento sexual.

A continuación, describiremos la sexualidad en el plano de la identidad, la afectividad y en el plano corporal, así como sus complicaciones concernientes a los trastornos sexuales.

La identidad sexual

La identidad sexual se compone de dos partes: en primer lugar, el aspecto biológico, determinado en el nacimiento por el sexo masculino o femenino; en segundo lugar, el aspecto psicológico comporta su asimilación en el funcionamiento de la persona: que ella es así, que un chico adopta la manera de ser de un chico y más tarde se convierte en hombre y que una chica desarrolla la manera de ser de una chica para convertirse en mujer. Habitualmente ambos son congruentes. La identidad sexual se construye hacia los dos o tres años, el niño o la niña son capaces de decir entonces: "yo soy un niño" o "yo soy una niña".

Diversos factores intervienen en la constitución de esta identidad:

- **La acogida del sexo biológico**

Es importante que los padres acojan al niño tal como viene al mundo, sea niño o niña, que se alegren de recibirlo a él o a ella, y que el recién llegado exprese después su manera de ser. Entre la acogida por parte de los padres y la manera como el niño responde, existe una interacción.

- **La aceptación de ser niño o niña**

La integración de la identidad sexuada (niño o niña) es un proceso. Puede haber sido bien acogido por uno de los padres y menos por el otro. O aun cuando se lo acoja tal como es, a uno de los padres puede escapársele que hubiera preferido que fuera del otro sexo. La aceptación es el complemento de la acogida: el niño reacciona aceptándose como es, puede sentir tanto felicidad u orgullo, como tener sentimientos ambivalentes o negativos. Es así como integra su identidad sexuada. Se establece una relación entre él y sus padres y, si verifica diariamente que es bien acogido con el sexo que tiene, se identifica en su sentir psicológico con su identidad biológica.

- **La identificación con las personas que poseen la misma identidad sexuada**

Este proceso identificativo tiene lugar a lo largo de todo el desarrollo del niño, del adolescente, y luego del adulto. Una niña, por ejemplo, se

identifica con su madre si ésta le devuelve una imagen suficientemente buena en la cual se reconoce: percibir el amor y el deseo de su padre hacia su madre la ayuda en su identificación con su madre para convertirse en deseable ella misma. Pero el proceso identificativo es complejo. Un niño o una niña pueden identificarse con una cualidad percibida tanto en su padre como en su madre. Esa cualidad les atrae y querrían desarrollarla también (él o ella). Más tarde, a menudo en la adolescencia, tiene lugar un proceso de contraidentificación, durante el cual eligen conscientemente no ser como su padre o como su madre en determinado comportamiento. Se esforzarán en hacer exactamente lo contrario. Esta fase de distanciamiento puede ser transitoria. Conjuntamente, se identifican con sus pares de la misma edad, con los que desarrollan actividades comunes.

La identificación con sus iguales puede convertirse en el único lugar de seguridad afectiva en la adolescencia, por ejemplo en jóvenes en desacuerdo total con los padres. En todo momento, el grupo puede ejercer una fuerte presión. Tomar alcohol, tabaco, drogas, las primeras relaciones sexuales: todo ello tiene lugar, en su inicio, por mediación del grupo frecuentemente.

- **El lugar de la identidad con el rol**

Se trata de todo lo que una persona dice o hace, es decir, de su comportamiento, para demostrarse a sí misma o a los demás que posee el estatus respectivo de hombre, jovencita, mujer... A diferencia de la identificación, la identidad con el rol se construye mucho más mediante el mecanismo de interacciones sociales, la educación y lo aprendido, la instrucción explícita, es decir, inculcada, y a través de la observación espontánea del comportamiento de los otros. Según la evolución habitual existe congruencia entre la identidad sexual y el comportamiento. La educación parece ser el factor principal para la adquisición del comportamiento apropiado a un sexo determinado. Por ejemplo, a los 18 meses, las niñas suelen manifestar menos accesos de cólera que los niños. A los dos años, los niños son generalmente más agresivos que las niñas, verbal y físicamente. Cuando están en grupo, a los niños se les puede estimular más fácilmente para que aumenten su actividad.

El alcohol puede aparecer en cualquier momento del proceso identificatorio: al encontrarse en el bar con los amigos, para afirmar su virilidad, en el hombre; en el caso de alcoholización femenina, al reunirse con las amigas en casa para sentirse bien entre mujeres. El alcohol tiene aquí la función de lazo social. Un testimonio lo ilustra:

“Mis primeros encuentros con el alcohol tuvieron lugar muy temprano, no lo recuerdo realmente. Todos los domingos, mi padre recibían amigos en casa o iban ellos a casa de amigos. Siempre había alcohol en la mesa, tengo recuerdos de algunas comidas alegres, pero también de hombres en estado ebrio. A nosotros nos permitían beber un vasito de aperitivo o de vino, en particular durante las comidas tras una ceremonia (bautismo, comunión, boda...). Cuando era adolescente, jugaba a fútbol los domingos por la mañana. Después de hacer mis deberes escolares, me permitían ir a dar un paseo por el pueblo. El punto de encuentro de algunos de los jugadores de fútbol de mi edad era un café donde había un billar y una máquina flipper. Jugábamos a las cartas. Al principio, yo bebía limonada o jugo de frutas. Después, llegaron las primeras cervezas, una, dos, luego tres o cuatro en las primeras horas de la tarde. Tenía que volver a casa a las 19 horas. Y sucedía que volvía a casa, no tambaleándome, pero sí con una cara que hablaba por mí. Debía de tener 14 ó 15 años. Una vez, uno de mis compañeros me invitó a su casa en ausencia de sus padres: ¡fue mi primera borrachera de whisky! Me resultó muy difícil ese día esconder mi estado de ebriedad a mis padres, me echaron una bronca. Bebía de forma regular. Ahora me doy cuenta de que todo comenzó en ese periodo”.

El periodo de estudios universitarios, que prolonga la adolescencia, o los inicios de la actividad profesional pueden comportar otras trampas cuando las personas viven despreocupadamente y sin prepararse por asumir la responsabilidad que llegará más adelante. Así, los jóvenes adultos pueden “divertirse” organizando “concursos” para comprobar quiénes de ellos soportan mejor y más alcohol, todo ello para alimentar una imagen de “hombre fuerte” que soporta bien el alcohol. Si esa imagen llega a constituirse, el

hombre asocia inconscientemente el hecho de ser hombre al consumo de alcohol. Cuando se convierte en dependiente del alcohol, debe avanzar para modificar esa imagen y saber que puede ser un hombre sin consumir alcohol.

- **La afectividad vivenciada en la sexualidad**

En la perspectiva del crecimiento personal, la sexualidad puede considerarse como una expresión de la **aspiración a existir**, que integra y orienta la pulsión sexual. Esta aspiración se manifiesta a lo largo de toda la vida, desde la más tierna edad. Está en el origen de la felicidad, por el hecho de sentirse vivo, de querer crecer y desarrollarse. Al vivir su sexualidad, la persona aspira a sentirse unificada en el plano físico, psíquico y espiritual, en su búsqueda de una vida con sentido. Quiere alcanzar un funcionamiento armonioso en todos esos planos. Quiere transmitir vida a los demás: concebir, traer criaturas al mundo y educarlas. Esta voluntad no se limita a la paternidad o maternidad biológica, sino que concierne a la aspiración de transmitir a otros lo que es máspreciado para esa persona: su herencia espiritual, sus valores, lo que ha creado y continúa viviendo, con el fin de permitir que otros se sitúen en esa misma línea de humanidad. Se trata de transmitir una creencia y una esperanza, la persona que se vive unida a algo más grande que ella misma participa en la creación y en la vida relacional que se considera evolutiva. Finalmente, en la sexualidad se vive la aspiración de amar al prójimo, en el sentido de amor gratuito y maravilloso, dándose a sí mismo y comprometiéndose en una relación de reciprocidad, de diálogo, mano a mano.

La afectividad vivida armoniosamente aporta calor y humanidad a la sexualidad; si ésta obedeciera únicamente a la pulsión se expresaría de manera bruta, ruda. Pero integrada en la aspiración a existir, permite que la persona exprese toda su personalidad y encontrar lo mejor del otro.

En la sexualidad se vivirán todas las **necesidades en el plano afectivo**:

- La necesidad de ser amado o amada; es la necesidad de recibir afecto y ternura. Esto se expresa de múltiples formas: mediante la palabra, la mirada, los gestos, el contacto físico. Es la necesidad de ser amado por uno mismo, por lo que se es y no por lo que se puede dar. Normalmente, el ser humano no soporta el hecho de sentirse utiliza-

do como un objeto. Quiere sentirse amado por lo que es realmente, para sentirse de acuerdo consigo mismo. No quiere en absoluto ser amado por piedad o por deber.

- La necesidad de ser reconocido o reconocida: es la necesidad de contar para alguien, lo que quiere decir ser escuchado, oído, acogido, creído, tanto sus palabras como cualquiera de sus expresiones.
- La necesidad de ser el único para alguien se expresa particularmente en la relación de pareja. El amor no soporta bien las infidelidades. Existe la noción de compromiso para avanzar juntos, la noción de transparencia, deseo y la firme decisión de caminar juntos.
- La necesidad de sentirse afectivamente seguro: se experimenta la necesidad de poder contar con el otro en todo tipo de circunstancias.
- La necesidad de ser respetado: se trata del respeto a quien se es en lo profundo, lo que puede o no puede dar.
- La necesidad de ser uno mismo: dicho de otro modo, el derecho de ser uno mismo, en lugar de sentirse comparado con cualquier otro.

La historia personal tiene un importante papel en el comportamiento sexual. Se trata de la acogida y del afecto recibidos durante los primeros años de la vida. Si una persona ha sido víctima de algún traumatismo sexual, conservará cicatrices psíquicas que influirán considerablemente en la manera de abordar o de protegerse de su pareja sexual. En este aspecto, en los casos de alcoholismo femenino encontramos un número importante de traumatismos sexuales en la infancia, la adolescencia o la juventud, y se utiliza el alcohol para "olvidar" el sufrimiento.

La primera relación sexual tiene lugar durante la adolescencia o la juventud, pero se trata sobre todo de un comportamiento de experimentación. Algunos practican una actividad sexual promiscua cambiando con frecuencia de pareja, lo que corresponde a un comportamiento adictivo. Puede tratarse del corolario de una fuerte pulsión sexual, con dificultad para canalizarla o ausencia de deseo para hacerlo. Un testimonio nos muestra cómo la alcoholización facilita el hecho de abordar a una pareja sexual, pero también cómo la intoxicación no permite acceder al sentimiento de responsabilidad:

“Entonces, hacia la edad de 17 años, llegaron las salidas del sábado noche al baile. Íbamos sobre todo para beber un montón de cervezas. Con frecuencia, volvía a casa ebrio o al menos achispado. A veces, ocurría que pasaba la noche con una chica. Esas noches eran más tranquilas. Mis aventuras no duraban demasiado tiempo y cambiaba a menudo de pareja. Fue en esa época cuando hice el amor por primera vez con una chica cuyo nombre no recuerdo. El alcohol proporciona aires de seguridad, calma y bienestar falsos. Es más fácil cortejar a una chica con una copa en la mano. Las palabras aparecen fácilmente y desaparece la timidez”.

La sexualidad corporal

En el plano corporal, las reacciones sexuales desencadenan una experiencia psíquica y psicológica, que varía según las personas y la edad, donde interviene el contenido afectivo de la relación con la pareja. Distinguimos varias entidades:

El **deseo** se manifiesta mediante procesos psicológicos: las motivaciones, las ganas, las pulsiones y toda la personalidad intervienen en la práctica sexual.

La **excitación** se produce por una estimulación psicológica, como al ver a una persona bella, imaginando una escena amorosa, es lo que llamamos una fantasía. La estimulación fisiológica, una caricia o un beso, desencadenan también la excitación. El cuerpo experimenta una sensación de placer; tienen lugar modificaciones fisiológicas en diferentes órganos, en el hombre se congestionan los vasos produciendo una erección y en la mujer se lubrifica la vagina.

El **orgasmo** consiste en un clímax al que se llega mediante el ascenso del placer, seguido de un relajamiento de la tensión sexual y de contracciones rítmicas de los músculos del perineo (que cierran la pelvis inferior) y de los órganos reproductores. El orgasmo masculino se desencadena por una sensación irreprimible de la eyaculación, seguido de la emisión de esperma. En la mujer, el orgasmo está marcado por contracciones involuntarias del tercio inferior de la vagina y por potentes y continuas contracciones del útero.

La **fase resolutiva** consiste en la descongestión sanguínea de los órganos genitales que conduce al cuerpo de nuevo a su estado de reposo. Cuando llega el orgasmo, la resolución es rápida y se caracteriza por una sensación de bienestar, de relajación general y distensión muscular. Si no llega el orgasmo, lo que no es extraño en la mujer, la resolución puede tomarse dos o tres horas y venir acompañada de irritabilidad e incomodidad. En el hombre, también puede haber ausencia de orgasmo, aunque es más raro. Después del orgasmo, hombres y mujeres atraviesan un periodo refractario, variable según los casos; durante este periodo no pueden ser estimulados para otro orgasmo.

Los trastornos sexuales

El trastorno sexual se define como una perturbación de los procesos que caracterizan el desarrollo de la respuesta sexual o como dolor asociado a las relaciones sexuales.

La **perturbación del deseo sexual** se manifiesta mediante un descenso del deseo: es el trastorno más corriente, caracterizado por la ausencia o la incapacidad de despertar una fantasía imaginativa de orden sexual o por la ausencia de deseo de actividad sexual.

Un largo periodo de abstinencia sexual puede comportar, a veces, una inhibición sexual. El descenso del deseo puede también ser sintomático de una relación conyugal que se deteriora o de hostilidad entre la pareja; el desacuerdo conyugal es la razón más aludida para justificar un descenso del deseo o de la actividad sexual. La presencia de deseo sexual depende de factores biológicos, de un nivel suficiente de estima de sí mismo, de la capacidad para aceptarse como persona sexual, de antecedentes sexuales satisfactorios, de la disponibilidad de la pareja adecuada y de la relación satisfactoria con la pareja en el terreno no sexual. La perturbación de cualquiera de esos factores puede acarrear una disminución del deseo.

La **perturbación de la excitación sexual** en la mujer desemboca en el fracaso de la activación sexual; las respuestas fisiológicas normales no se desencadenan. Esta perturbación desemboca a menudo en dificultades para conseguir el orgasmo. Es un trastorno que está relacionado con nume-

rosos factores psicológicos, como la ansiedad, la culpabilidad y numerosos miedos, y además con el dolor en el momento de las relaciones.

En el hombre aparece un trastorno de la erección, frecuentemente llamado impotencia. Puede ocurrir también que el hombre tenga una erección satisfactoria en determinadas circunstancias pero no en otras. Ciertos hombres pueden tener relaciones sexuales exitosas fuera de su relación conyugal pero no con sus esposas. Se estima en un 20% el número de hombres que presentan un trastorno de erección secundaria, es decir, aparece tras un cierto tiempo de actividad sexual.

El **trastorno del orgasmo** se caracteriza en la mujer por la ausencia o el retraso del orgasmo de forma repetitiva, tras una fase de excitación considerada adecuada en su intensidad y duración. El término frigidez se reserva para las mujeres que no han tenido nunca a lo largo de su vida una sensación sexual.

El trastorno del orgasmo secundario en la mujer es un motivo frecuente de consulta. Numerosos factores psicológicos están ahí implicados. Entre ellos, miedo de quedar embarazada, ser rechazada por su pareja sexual o de sufrir heridas en la vagina. Un problema psicológico en relación al compañero o el hecho de sentirse humillada o herida por él o sentir hostilidad hacia los hombres pueden suponer un freno.

En el hombre, este trastorno se manifiesta por la ausencia o por una gran dificultad para tener una eyaculación en el coito. Este trastorno es primario si el hombre nunca ha sido capaz de eyacular durante el coito, y secundario si aparece tras un periodo de funcionamiento normal.

Hablamos de eyaculación precoz cuando ésta aparece antes de lo deseado por el sujeto, y de una manera repetitiva y persistente. Este trastorno aparece debido a conflictos psicológicos. Es el trastorno más frecuente entre los hombres jóvenes, en los que se estima que prepondera al menos en el 50%.

Sucede que los hombres recurren al consumo de alcohol para corregir ese trastorno, pero es un recurso de doble filo: sus parejas tenderán a dejarlos descansar cuando están alcoholizados. Este hecho puede reactivar el consumo de alcohol hasta alcanzar la dependencia...

En las mujeres, el consumo de alcohol está a menudo asociado a las primeras relaciones sexuales para vencer las inhibiciones antes del acto. También se toma alcohol con frecuencia como afrodisíaco, en la medida en que con débil dosis produce cierta euforia, pero no hay ningún criterio que permita decir hasta qué nivel de alcoholemia se puede hablar aún de dosis débil.

Si se establece una intoxicación, notamos una disminución de la frecuencia y de la intensidad de los orgasmos, más marcada en las mujeres pero existente también en los hombres, asociada a insatisfacción sexual o a episodios de dispareunia (dolores durante las relaciones). En las mujeres dependientes del alcohol, constatamos una media del 50% de trastornos sexuales graves. En los hombres se constata un aumento de episodios de celos con agresividad y a veces violencia; en ciertos casos desarrollan un delirio de celos.

Las patologías asociadas a la dependencia del alcohol

6

Un cierto número de patologías psiquiátricas pueden estar asociadas a la dependencia del alcohol. En lo que concierne al porcentaje de estas patologías hemos recurrido a la obra de Jean Adès y Michel Lejoyeux.¹

LA DEPRESIÓN

Es característico de esta enfermedad que las personas pierdan sus referentes habituales y no vean dónde pueden apoyarse. Su tristeza es más o menos grande, intensa y duradera. La frontera entre lo normal y lo patológico es con frecuencia incierta. La depresión no queda reducida a la tristeza ya que con mucha frecuencia acompaña, por ejemplo, a una vivencia de inexistencia. No todas las personas que tienen dificultades para ser ellas mismas son depresivas. Pero una enfermedad depresiva comporta inevitablemente una tristeza que invade la vida cotidiana con la consiguiente dificultad para desempeñar el propio trabajo y estar presente en sus propias relaciones. La tristeza puede suponer una respuesta afectiva a un acontecimiento penoso. Será desproporcionada, es decir patológica, cuando es desmesurada en intensidad y duración en relación con el acontecimiento, pero mucho más cuando surge sin motivo aparente.

La depresión es una enfermedad frecuente y a menudo grave; algunos la esconden tras una especie de jovialidad, tras la acción, bajo una aparien-

1. Jean ADÈS, Michel LEJOYEUX, *Alcoolisme et psychiatrie*, Masson, Paris, 1997.

cia de dominio e incluso tras la risa. El entorno debe permanecer atento frente a alguien que ríe demasiado fuerte y demasiado a menudo y cuya risa aparece de forma desproporcionada, como una alegría sobreactuada. Algunas veces son las personas del entorno quienes observan una modificación en el comportamiento y quienes empiezan a inquietarse. Pero muy a menudo la enfermedad es incomprensible para las personas próximas e incluso para el propio deprimido, que no osa expresar su estado de ánimo para no molestar a los otros o lo banaliza diciendo que está cansado o incluso escondiendo síntomas importantes, como podría ser despertarse de madrugada y no poder volver a dormir. La instalación progresiva de los síntomas es la responsable del desconocimiento de la enfermedad.

Cuando una depresión, aunque sea grave, recibe el tratamiento adecuado, en pocas semanas puede alcanzar la curación. Si el tratamiento no es eficaz, hay que buscar otros factores responsables del fracaso. Habitualmente, debido a su pesimismo, el deprimido no cree en la posibilidad de mejorar y duda de la eficacia de los tratamientos, por lo que si los pacientes realizan el tratamiento en su casa, su observancia es aleatoria. Si los pacientes consumen bebidas alcohólicas o drogas mientras se medican, la eficacia es aleatoria y además la moral del paciente sigue fluctuando en función del grado de las intoxicaciones. En algunas formas de depresión, existen ideas delirantes de incurabilidad. Por todas estas razones, es importante que la persona deprimida pueda ser atendida por un equipo especializado e incluso hospitalizada, lo que le permite desconectar de su contexto con el fin de que puedan aceptar su enfermedad y se deje cuidar.

Los signos clínicos de depresión

- **El humor depresivo**

Puede instalarse de manera progresiva o, en algunos casos, de forma violenta. Un vago sentimiento de aburrimiento o de estancamiento invade la vivencia de la persona. Ese pesimismo deforma la visión de sí misma: el paciente se desvaloriza, se siente inferior a los demás, se culpabiliza y a veces se acusa a sí misma de faltas cometidas en el pasado, siente que no tiene motivaciones y no siente placer. Experimenta a la vez dolor interior e

indiferencia hacia el exterior, lo que llamamos también anestesia afectiva. La persona deprimida se describe con dolorosa subjetividad. Lamentos e inquietudes se infiltran en su pasado, su presente y su futuro. No puede hacer proyectos de futuro. El campo de su conciencia sólo alcanza la inmediatez, lo que se manifiesta mediante ideas recurrentes: puede tratarse de una idea de falta de dinero y ruina total, el paciente no puede invertir esfuerzos en lo que pasa fuera de sí mismo y no muestra ningún interés, no puede deshacerse de la culpabilidad que lo atormenta. Siente culpabilidad con sufrimiento, lo que también llamamos dolor moral: el paciente tiene ideas obsesivas (se siente indigno, fracasado), se juzga y se condena.

- **La ralentización**

El paciente experimenta una pérdida visible físicamente de su impulso vital: parece envejecido. Ya no tiene iniciativas, cualquier actividad la realiza con lentitud y esfuerzo. Sus gestos expresan dolor, su voz es apagada, el gesto lento, camina pesadamente. Los pacientes tienen dificultades para levantarse por las mañanas, tardan mucho tiempo en vestirse, abandonan su higiene. En el terreno profesional siguen siendo activos a veces, pero una vez de vuelta a casa, se hunden. No mantienen limpia la casa, no se preparan la comida. En el terreno intelectual, esta ralentización se manifiesta mediante la dificultad de concentración, les cuesta reunir ideas, su discurso es monótono, su pensamiento focaliza ideas estereotipadas, no pueden asociar ideas y les cuesta seguir una conversación. Las personas que tenían el hábito de la lectura, ya no abren un libro. Si miran la televisión, no acaban de seguir el hilo.

- **La ansiedad y los trastornos del carácter**

Actualmente ya no se separa la ansiedad de la depresión, es habitual hablar de pacientes “ansioso-depresivos” y ciertos estados ansiosos responden al mismo tratamiento antidepresivo. La ansiedad, que es un sentimiento penoso de temor y aprensión, está siempre asociada a la depresión. Cuando existe ansiedad permanentemente, aparecen crisis de angustia que pueden inducir al suicidio para dejar de sentir esa angustia atroz.

Surge una modificación del carácter mediante crisis de irritabilidad, mal humor, ira, dificultad para soportar a los hijos o un contexto que, nor-

malmente, esa persona podía asumir sin problema. Las personas de su entorno perciben estos trastornos antes de que el paciente sea consciente de ellos. Lo cual es un motivo suplementario de culpabilidad: para una madre, es insoportable no poderse ocupar de sus hijos.

- **Los síntomas físicos**

Son frecuentes y poco específicos, pueden enmascarar síntomas depresivos y provocar numerosas e inútiles pruebas médicas.

Los **trastornos del sueño** son constantes. El insomnio, tras un despertar precoz de madrugada con angustia y aprensión, es particularmente indicativo de depresión. El insomnio con adormecimiento y pensamientos a los que no para de darles vueltas evoca la dimensión ansiosa. Ambos fenómenos pueden estar imbricados. Despertar frecuentemente durante la noche reducen aún más el sueño. El insomnio causa fatiga y, para el deprimido, el sueño nunca es reparador, los pacientes llegan a decir que están tan cansados cuando se levantan como al acostarse o que tienen la sensación de no haber dormido. Inversamente, algunas formas vienen acompañadas de más horas de sueño, es decir, de hipersomnia, pero el paciente no encuentra beneficio en este fenómeno.

Los **trastornos digestivos** están dominados por la anorexia cuya característica es el hastío o asco de los alimentos, la desaparición del apetito, los alimentos aparecen sin gusto. La consecuencia es un adelgazamiento. Los pacientes se quejan a menudo de náuseas, espasmos, estreñimiento o diarrea, pesadez. Sin embargo, en alguna ocasión constatamos una necesidad imperiosa de comer debido a la ansiedad.

Los **trastornos sexuales** se expresan mediante desinterés por la sexualidad; frigidez en la mujer, impotencia más o menos pronunciada en el hombre. Los pacientes raramente hablan espontáneamente de sus dificultades sexuales.

Otros trastornos somáticos son palpitaciones, vértigo, temblores, espasmos, opresiones interiores, dolores en la nuca y en la columna vertebral, dolor de cabeza, visión borrosa, zumbidos en los oídos. Estos síntomas expresan la vertiente ansiosa de la depresión e indican que la persona no está haciendo frente a su situación. Son estados transitorios que desembocan en la ansiedad.

- **El intento de suicidio**

La atracción por la muerte es una constante en las personas deprimidas. No siempre sienten deseo de morir, el paciente puede reprimirlo con la energía que aún conserva; no lo expresan siempre y a veces lo esconden voluntariamente. Su intensidad puede variar según el tipo de depresión y el momento. Puede ocurrir que un enfermo no sienta ninguna necesidad de suicidarse al acabar el día, pero tener una necesidad imperiosa al día siguiente. Estas fluctuaciones durante la jornada no tienen en ocasiones un motivo aparente, a veces son respuestas a acontecimientos externos. En conjunto, son imprevisibles.

Dependencia del alcohol y depresión

La alcoholización realizada de forma regular enmascara una depresión en un 15% de los casos, con riesgo de suicidio en los pacientes depresivos si no realizan un tratamiento apropiado tras la desintoxicación. Es, pues, muy importante no dejar de lado estas formas depresivas. El porcentaje aumenta considerablemente si incluimos a los pacientes diagnosticados como depresivos antes de la desintoxicación. Numerosas depresiones se curan espontáneamente cuando, al dejar de tomarlo, la toxicidad del alcohol desaparece.

Por el contrario, muchas personas utilizan el alcohol para expulsar de sí sentimientos difíciles: tristeza, problemas, ansiedad, decepción, frustración, fatiga. Todas las personas experimentamos estos sentimientos. Ahora bien, en determinadas personas estos sentimientos se instalan durante más tiempo. Si caen en la trampa y recurren sistemáticamente al alcohol cuando aparece el más mínimo problema, sin darse cuenta están tomando el camino de la dependencia. Se establece un círculo vicioso que mantiene la alcoholización: el sentimiento negativo crea la necesidad de sosiego y el paciente la satisface tomando una dosis de alcohol; cuando se disipa su efecto, la persona vuelve a encontrarse con su sentimiento negativo y se siente de nuevo mal, lo que mantiene el consumo de alcohol. Cuando aumenta la alcoholemia, aparece una especie de euforia, y cuando desciende en la fase de eliminación del alcohol, aparecen sentimientos de tristeza,

amargura y depresión. Las manifestaciones depresivas son más severas en los alcohólicos crónicos consumidores de grandes cantidades de alcohol.

Distinguimos entre depresiones primarias, preexistentes a la alcoholización y que necesitan un tratamiento antidepressivo en todos los casos, y depresiones secundarias, consecuencia de las conductas de alcoholización. En el segundo caso, la depresión se va instalando progresiva y lentamente. La alcoholización está mezclada con frustraciones y problemas diversos.

Existe un tercer caso. Algunos pacientes pueden desarrollar una depresión concomitante a la desintoxicación: en lugar de mejorar rápidamente, presentan signos de cansancio, dificultad para tomar iniciativas, su humor es sombrío, irritable. Si persisten estos síntomas se hace necesario un tratamiento antidepressivo.

Por último, en otros pacientes aparecen depresiones tardías después de meses o años tras la desintoxicación y la privación del alcohol. Su origen es múltiple: a veces aparece en pacientes que han vuelto a beber y lo esconden, y se debe a la culpabilidad y al sentimiento de fracaso; en otros pacientes que no han vuelto a consumir, el hecho de no hacerlo crea un vacío en sus vidas que no son capaces de llenar. Cuando se percibe la vida vacía de sentido, a veces aparecen depresiones tan tenaces que crean un auténtico riesgo de suicidio.

En caso de tratamiento de la depresión, una re-alcoholización constituye un riesgo suplementario. El riesgo de suicidio se potencia con las dos patologías. La alcoholización produce una resistencia al tratamiento antidepressivo, ya que el paciente siente a diario las fluctuaciones de su humor, en función de las subidas y bajadas producidas por el alcohol. **Aconsejamos siempre en estos casos que el paciente realice primero una desintoxicación para que el tratamiento antidepressivo pueda ser eficaz.**

EL TRASTORNO DEL HUMOR BIPOLAR

A este trastorno se le denomina aún psicosis maníaco-depresiva. Los pacientes presentan una alternancia de estados maníacos y depresivos, en proporción variable. En el momento en que observamos un estado maníaco

en las personas conocidas más bien por su estado depresivo, hablamos de trastorno de humor bipolar.

Por lo general, estas personas presentan una labilidad del humor con una evolución en dientes de sierra (altibajos constantes), bastante difícil de soportar tanto por el propio paciente como por las personas próximas que padecen estos cambios bruscos; los pacientes prefieren en general el estado de excitación y euforia, ya que la vida les parece más fácil en esos momentos.

En su totalidad, los trastornos depresivos afectan al 15% de la población general. La psicosis maníaco-depresiva clásica, llamada trastorno bipolar I (BP I) afecta al 1,6% de la población general (y no al 1% como se había considerado antes). Determinadas personas presentan episodios maníacos atenuados, menos fuertes y con menor intensidad, es decir, episodios de hipomanía, se denomina trastorno bipolar II (BP II), y afecta al 4% de la población general. Un tercer trastorno, llamado trastorno bipolar III (BP III) comprende a la vez los trastornos de distimia –depresiones recurrentes con periodos de mejoramiento y con estados de euforia– y ciclotimia –representada por los altibajos del humor (en dientes de sierra) que oscila sin verdaderas descompensaciones ni depresivas graves ni maníacas. De un 3 a un 5% de la población está afectada por la distimia y un 1% por la ciclotimia. En conjunto, podemos considerar que el trastorno bipolar afecta hasta a un 9% de la población general.²

La mayoría de los pacientes que sufren un trastorno bipolar acaban acudiendo al médico y reciben un tratamiento; sin embargo, sólo la mitad de los pacientes afectados por un trastorno depresivo grave son tratados. Esto se debe al hecho de que las manifestaciones bipolares, en su estado maníaco, son mucho más escandalosas que las manifestaciones puramente depresivas. Además, las personas depresivas piensan que “esto pasará” o que “deben superarlo por sí mismas haciendo un esfuerzo”. El trastorno depresivo grave afecta al doble de mujeres que de hombres, en cambio la psicosis maníaco-depresiva afecta por igual a hombres y a mujeres.

2. KOCHMANN y MÉNARD, *Les troubles bipolaires*, publicación de los laboratorios Sanofi Synthélabo, 2004.

Los síntomas clínicos

En el capítulo anterior se ha descrito cómo se desarrollan las manifestaciones depresivas. El nuevo elemento es la alternancia con episodios maníacos. Lo más destacable es la **euforia anormal y persistente**, una alegría excesiva que resulta inadecuada y sorprendente para los demás. Hay otros síntomas asociados:

En los pacientes se da un **aumento de la autoestima** o ideas de grandeza: dan la impresión de que tienen mucha confianza en sí mismos y tienen la convicción de que son capaces de muchas cosas y de que todo les es fácil.

Se **reducen las necesidades de sueño**: los pacientes pueden sentirse descansados después de tan sólo tres horas de sueño. Si tratamos de razonar con ellos diciéndoles que tres horas son insuficientes, se justifican diciendo que necesitan actividad o bien simplemente que no necesitan dormir más.

Los pacientes **hablan más de lo habitual**: a veces se trata de una verdadera verborrea, expresan la necesidad de hablar largamente de lo que hacen, de su pasado, de las dificultades con las que se encuentran...

Constatamos **una fuga de ideas**: los pacientes no pueden conservar una idea ni concentrarse de manera duradera en un tema; hablan de mil cosas a la vez. Pueden también sentir que sus ideas desfilan sin que ellos puedan controlarlas.

Los pacientes **se distraen fácilmente**: cuando hablamos con ellos, podemos notar que su atención es fácilmente atraída por una persona que pasa, un coche o incluso un pájaro o un avión.

Constatamos un **considerable aumento de la actividad** orientada hacia un objetivo. Puede tratarse de un objetivo profesional, social, escolar o sexual. Los pacientes no soportan que se les contradiga o que les pongan frenos; pueden reaccionar mediante una agitación psicomotriz o bien montar en cólera.

Los pacientes **acometen acciones sin tener en cuenta las consecuencias**. Pueden gastar mucho dinero, abandonar su trabajo de un día para otro, tomar un avión y aparecer en la otra punta del mundo, entablar una

conducta de seducción o dejarse seducir por otras personas para las que son presas fáciles debido a su estado de fragilidad.

Estos trastornos conllevan claramente alteraciones en el funcionamiento profesional, social o en las relaciones interpersonales. Con frecuencia es necesaria la hospitalización, que limita la actividad mediante un encuadre adecuado, y evita que estos pacientes se lesionen.

Habitualmente un episodio maníaco requiere una hospitalización. Se describen también episodios hipomaníacos, es decir, episodios que se presentan de la misma manera pero de intensidad menor y, por lo general, de menor duración.

Frecuentemente, existen trastornos asociados en estos pacientes:

- Ansiedad: en algunos pacientes, el diagnóstico no es claro; se constata en ellos un estado ansioso-depresivo, que llamamos “estado mixto”, caracterizado por manifestaciones de ansiedad, depresión, a veces agitación, incluso hiperactividad, sin embargo no se constata la euforia de un estado maníaco.
- Dependencia del alcohol: la dependencia del alcohol está frecuentemente asociada a los trastornos del humor. Cuando los pacientes están deprimidos, buscan en el alcohol evitar los sentimientos negativos. Cuando aparece en ellos el estado eufórico o maníaco, quieren “aprovechar” aún más mediante dosis de alcohol esos efectos estimulantes y eufóricos. El consumo de alcohol y la existencia de un trastorno bipolar están a menudo ligados, pero el consumo de alcohol no puede desencadenar un estado maníaco.
- Trastornos ligados a otras sustancias: el uso de otras sustancias (diferentes del alcohol) se asocia también a los trastornos del humor. Para cualquier paciente, el abuso de una sustancia puede estar implicado en el desencadenamiento de un episodio depresivo o, al contrario, representar una tentativa de autotratamiento: con motivo de las manifestaciones depresivas, los pacientes consumen productos para huir de la miseria psíquica que experimentan con la depresión. Mientras que los maníacos raramente utilizan sedantes para atenuar su euforia, los deprimidos utilizan a menudo estimulantes, como la cocaína o las anfetaminas, para aliviar su depresión.

- Estado somático: la depresión coexiste frecuentemente con enfermedades somáticas, particularmente en edades avanzadas; en estos casos, es importante determinar si la enfermedad física subyacente está relacionada con la depresión o si alguno de los medicamentos que el paciente toma debido a su estado físico puede ser la causa de la depresión. Numerosos estudios muestran que el tratamiento de una depresión asociada puede mejorar la evolución de un trastorno físico subyacente, incluido el cáncer.

La labilidad del humor, trastorno fundamental en los sujetos bipolares, se observa también en las personas dependientes del alcohol. En ocasiones, éstas se excitan, se apasionan, elaboran ideas estafalarias, prometen ganar dinero o conseguir un empleo, o incluso más, cuando se enfadan pueden llegar a golpear al otro. La labilidad del humor en ellas está inducida por el alcohol y, en consecuencia, varía en función del grado de alcoholemia.

Otras personas constatan la labilidad del humor tras la privación. Y es que tienen que hacer frente a las dificultades de su vida, con sus múltiples frustraciones, mientras que antes huían de ellas mediante el alcohol.

Las personas afectadas por un trastorno del humor bipolar tienden a la alternancia que denominamos humor en “dientes de sierra”: a veces se sienten “demasiado alegres” y en otros momentos desmesuradamente tristes.

El tratamiento elegido para el trastorno bipolar es un regulador del humor, como el Litio, descubierto en los años 1950. Otro medicamento es la Depamide. Algunos antiepilépticos tienen propiedades reguladoras del humor, como Tegretol, Depakine, Rivotril. Más recientemente, se propone Depakote para los estados maníacos, que puede también prevenir las fases depresivas. Ciertos neurolépticos tienen también propiedades reguladores del humor, como Zyprexa, Risperdal, Loxapac. Los pacientes a veces pueden rechazar estos tratamientos y se inclinan por psicoterapias y medicina alternativa. Está claro que una psicoterapia no puede en ningún caso sustituir el tratamiento farmacológico, pero puede ayudar al paciente a asumir su enfermedad y a gestionar la fase excesiva.

EL SUICIDIO

En la actualidad, se considera a la sintomatología del comportamiento por sí misma, con el fin de actuar preventivamente de forma más eficaz. Comprendiendo mejor las señales que emite un futuro suicida, las personas advertidas pueden intentar intervenir para evitar la crisis suicida. Aunque las ideas suicidas formen parte de la depresión, relativamente pocas personas deprimidas entran en un comportamiento suicida y, por tanto, no pasan al acto.

El suicidio no está reservado a una patología depresiva, puede también producirse en otras patologías, como la esquizofrenia, por el abuso de productos psicoactivos, en patologías de angustia, dolores crónicos, afecciones somáticas como el cáncer.

Los medios más utilizados para el suicidio en Francia son: el ahorcamiento (38%), las armas de fuego (23%), las intoxicaciones medicamentosas (13%), el ahogamiento (10%) y otras formas (16%).

La noción de enfermedad es observada desde diferentes puntos de vista. Para algunos, el suicidio es el fin de una larga enfermedad, pues las personas que amenazan con suicidarse padecen grandes conflictos que no consiguen resolver, como encontrar una pareja y tener una vida sexual. Sintiendo profundamente solas, estas personas buscan una posibilidad para sincerarse. Casi nunca quieren morir, no buscan la muerte, pero están persuadidas de que no pueden seguir viviendo en su situación. Se trata de una enfermedad consistente en la falta de sentido y, habitualmente, estas personas aceptan ayuda de buen grado.

Para Xavier Pommereau,³ más de la mitad de los suicidas no presentan trastornos mentales comprobados. Sólo el 40% sufre una patología mental, de los cuales, el 10% son psicóticos, el 15% depresivos graves y el 15% sufre un trastorno de la personalidad.

La cifra de suicidios es relativamente estable, hay 12.000 suicidios por año en Francia. Si se tienen en cuenta las tentativas de suicidio, debemos

3. Xavier POMMEREAU, *Les conduites suicidaires et leur devenir*, Masson, Paris, 1993; véase también *L'adolescent suicidaire*, Dunod, 3ª ed., 2005.

multiplicar por 10 esa cifra. Existen dos picos: en los adolescentes, en quienes ha representado durante un tiempo la primera causa de mortalidad, por delante de los accidentes de tráfico (segunda causa de mortalidad en 2003), y en las personas mayores, en los que existe una agravante ya que por cada dos tentativas se cumple una. Tras una tentativa de suicidio, la mayoría de los reintentos tienen lugar durante el año siguiente, y esta nueva tentativa puede ser potencialmente mortal. Por este motivo, la prevención del suicidio se ha convertido en una preocupación de la salud pública en Francia.

En lo que concierne a la situación familiar, los sujetos más expuestos son los que viven solos; la familia protege. Los solteros que nunca han vivido en pareja suponen la tasa más elevada, seguidos de los viudos y separados. Los sujetos casados sin hijos tienen un riesgo mayor de suicidio que aquellos que tienen hijos. Entre la población de inmigrantes, la primera generación tiene una tasa de suicidio equivalente a la de su país de origen, para las generaciones ulteriores, esa tasa se superpone a la de su país de acogida.

Algunas señales nos pueden alertar de una crisis suicida:

- El encierro, el repliegue sobre sí misma de una persona: los pacientes no se comunican con los demás o sólo en apariencia; tienen también el sentimiento de que lo que dicen no es bien recibido por los otros y que hagan lo hagan no servirá de nada.
- Agresividad o agresión hacia el prójimo: es una modificación del carácter, aparece irritabilidad, como la señalada al hablar de la depresión; es mucho más observada por el entorno que por la propia persona. Estas personas no pueden verse a sí mismas de forma crítica, de ser así, podrían pedir ayuda más fácilmente.
- Fantasía de muerte: se trata de sueños repetidos de temática mórbida en los que los pacientes se ven suicidándose. Estas fantasías de muerte se presentan también como sueños diurnos.
- Tendencia a poner en orden sus asuntos: pagan sus facturas, arreglan su casa o apartamento. A veces, contactan con sus familiares para verlos una última vez, pero sin hablarles de la intención que tienen de poner fin a sus días.

- Tendencia a donar objetos significativos: debemos estar alerta si alguien nos dona una importante suma de dinero, o si un joven regala un objeto valioso para él, como su guitarra o su moto.
- Propósitos de suicidio: cualquier palabra explícita o implícita debe tomarse en serio.
- Absentismo escolar o profesional: es un síntoma de aumento de malestar en la persona. Es importante que intervengan los formadores o profesores, no sólo para que vuelva a sus actividades, sino también para intentar comprender el motivo de las ausencias.
- Consumo asiduo de alcohol o de drogas: indica un malestar en aumento. A este respecto, cuando el consumo de cannabis es constante en los jóvenes, indica ese malestar: usan a menudo el cannabis para hacer desaparecer la falta de confianza en sí mismos, su timidez, su tristeza. O utilizan el alcohol para alcanzar un estado de embriaguez, de pérdida de control, a fin de no sentir disgusto e inseguridad.
- Conductas de riesgo, como conducir a mucha velocidad en coche o en moto que ocasiona a menudo un primer accidente. En lugar de comprar un coche nuevo, cosa que pueden hacer los padres, deberían hacer un balance intensivo para averiguar cómo ha ocurrido el accidente, en qué estado interior se encontraba el joven y si había tomado o no algún producto psicoactivo.

El alcohol está asociado frecuentemente a las tentativas de suicidio mediante medicamentos, sobre todo en los adultos; aparece como factor asociado a numerosos suicidios. Un testimonio expresa la angustia que experimenta un enfermo alcohólico:

“Tenía verdaderamente ganas de ahuecar el ala. No podía soportarme más a mí mismo: ya no podía mirarme en el espejo, pues no podía soportar lo que me devolvía; por cierto, rompí el espejo. Sabía que si seguía bebiendo, mi muerte era cuestión de meses”.

Podemos decir, pues, que algunas conductas de alcoholización son conductas suicidas. En estas personas constatamos una gran desesperación.

También ocurre que, cansados de hacer el esfuerzo de no consumir, algunos continúan alcoholizándose sabiendo que esta práctica deteriora su salud.

El alcohol induce una labilidad emocional que puede proporcionar euforia por unos instantes, pero que enseguida agrava los sentimientos negativos. La alcoholización potencia el riesgo de suicidio en el enfermo ya deprimido. El pasaje al acto aparece cuando la persona está colmada de angustia, de desesperación, de amargura o resentimiento; en todos estos casos, las personas se sienten solas y abandonadas.

LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Describimos a continuación los cuatro tipos de trastornos de ansiedad: el trastorno obsesivo y compulsivo (TOC), las fobias sociales, el trastorno de ataques de pánico y la ansiedad generalizada. La ansiedad aparece en todas las personas, las que se intoxican y las que están en fase de privación; por otra parte, existen trastornos ansiosos secundarios al alcoholismo, cuando los pacientes intentan dejar de beber por sí mismos, pero continúan alcoholizándose sin conseguirlo. Esta ansiedad secundaria aparece tras un tiempo de privación mediante crisis agudas de angustia, con vértigo y trastornos del equilibrio, trastornos de la memoria, dolor de cabeza; todo ello indica un aumento del estrés al que está sometida la persona.

Esta clasificación tiene un carácter práctico, pues se tiene en cuenta la ansiedad producida por el síntoma que está en un primer plano y que, de alguna manera, constituye la señal de llamada. El abuso del alcohol concierne también a los pacientes que sufren de ansiedad generalizada, crisis agudas de angustia o fobia social. Los pacientes que sufren un trastorno obsesivo y compulsivo están a salvo del abuso del alcohol, ya que no soportan la pérdida de control que genera la ingestión de una bebida alcohólica.

La ansiedad generalizada

Si evaluamos este trastorno a lo largo de toda la vida, parece que afecta a entre el 4 y el 6,6% de la población general, con predominancia femenina (3 mujeres por cada hombre). El trastorno aumenta con la edad. Favorecen

la aparición de esta ansiedad algunos factores de las condiciones de vida que producen estrés; ser divorciado, separado o viudo, o no tener empleo predisponen a estos síntomas de ansiedad generalizada. El hecho de que este trastorno aumente con la edad muestra un debilitamiento progresivo de los mecanismos de defensa contra la angustia o, dicho de otro modo, de los mecanismos de adaptación contra el estrés, que acaba invadiendo a las personas con predisposición a la ansiedad generalizada. Para realizar el diagnóstico, la ansiedad debe estar presente durante al menos seis meses; constatamos también el hecho de que la ansiedad se manifiesta alrededor de 180 días al año. El trastorno será crónico cuando su duración sea superior a 20 años de evolución, con breves remisiones espontáneas. Esta larga evolución sugiere una considerable prevalencia en las personas de edad. Este trastorno se asocia a menudo con síndromes depresivos y también hipocondríacos.

Los síntomas son somáticos y psíquicos. En el **plano somático**, puede afectar a todos los aparatos del organismo:

- Los pacientes relatan “opresión” en la garganta, tienen la voz ronca (contracción en la laringe), opresión respiratoria, espasmos en el vientre o en el estómago, los ovarios, la vagina o los testículos, la vejiga, la próstata o en el recto. A veces, los pacientes no pueden comer: “la comida no pasa”. No pueden quedarse quietos, se mueven todo el tiempo y reaccionan al más mínimo estímulo externo que llame su atención.
- Diversos trastornos digestivos, que van desde una sensación de náusea a una sensación de “no poder digerir” los alimentos, pesadez de estómago, dolores diversos en el tubo digestivo y flatulencias, diarreas y alternancia de diarrea y estreñimiento.
- Parestesias diversas que producen sensaciones raras y molestas, difíciles de describir: hormigueos, picores, pruritos, ardores o irritación pueden sentirse en cualquier parte del cuerpo, de la cabeza a los pies. Los pacientes tienen fijación con estos síntomas, que consideran orgánicos, lo que aumenta su convicción de que están enfermos. Con la edad, existe la tendencia de que estos síntomas evolucionen hacia la hipocondría.

- Algunos pacientes se quejan de vértigos, no obstante no se trata del vértigo rotatorio del oído interno, sino de un “vértigo vago”. Sienten incomodidad, inseguridad al caminar, y tienen miedo de caerse o desmayarse. A veces, dicen que tienen “la cabeza aturdida”, que no pueden “fijar sus ideas”.
- Los trastornos del sueño ligados a la ansiedad conllevan el insomnio de adormecimiento y despertar con pavor en medio de la noche, que describen a veces como “despertar catastrófico”. Tras una noche así, siguen sintiéndose mal, inseguros y pierden sus referentes.
- Las palpitaciones y dolores en el corazón alimentan su convicción de que están enfermos y, en ocasiones, miedo de no poder curarse, cosa que les produce pánico. A todo esto se añaden la sudoración nocturna y diurna y los temblores.

Describen sus **trastornos psíquicos** con **ansiedad**, anticipando lo que les pudiese ocurrir. Experimentan una inquietud casi permanente, que se apoya en sus propios síntomas físicos: los pacientes se observan y se angustian con el descubrimiento de cada nuevo síntoma. Imaginan lo que les pudiese ocurrir a sus allegados, temen acontecimientos externos. Una sensación física, como una contracción o psíquica, como el temor, será aumentada por el miedo de no poder superarlo o de estar gravemente enfermo, lo que aumenta considerablemente la tensión ya existente.

En lugar de actuar de forma enérgica, existe la tendencia al pesimismo ante los acontecimientos. Las ideas son sombrías y lentas, los pacientes no creen que su estado pueda mejorar. Esto modifica su actitud interior frente a la vida: en lugar de acogerla favorablemente, la temen como si se tratara de una obligación. Dicho de otro modo, se sienten “perdedores” en lugar de “partir como ganadores”.

Los síntomas son descritos mediante la expresión “angustia flotante” o “miedo sin causa”, pudiendo fluctuar de un momento a otro, sin llegar a fijarse.

Los pacientes se quejan con frecuencia de fatiga, astenia, se sienten sin energía, sin valor para afrontar sus ocupaciones habituales. Se quejan de lasitud y de aburrimiento.

Las crisis de pánico

Desde las primeras descripciones clínicas, distinguimos la ansiedad crónica (llamada ahora ansiedad generalizada) por un lado, y las crisis de angustia por otro. En ambas encontramos los mismos síntomas, pero aumentados en extremo, es decir, insostenibles en crisis agudas de angustia. Hasta los años sesenta, se suponía que una crisis de angustia se desencadenaba tras un estado de angustia continuado. La llegada del primer antidepresivo, Tofranil, permitió la distinción entre crisis de angustia y ansiedad crónica: aportaba mejoría a las crisis de angustia, pero era ineficaz contra la ansiedad crónica. La biología es, pues, diferente, según se trate de ansiedad crónica o de disposición a crisis agudas de angustia. A principios de los años ochenta, se denominó a estas crisis ataques de pánico, y cuando aparecen regularmente en los pacientes, decimos que están afectados de un “trastorno de crisis de pánico”.

Freud aportó una primera descripción del ataque de pánico:

“Llega bruscamente, en primer lugar siento presión en los ojos. Mi cabeza se vuelve pesada y zumba de tal modo que apenas puedo sostenerla; luego aparece una opresión en el pecho tal, que no puedo respirar... Opresión en la garganta, como si me ahogara... Constantemente, tengo la impresión de que estoy a punto de morir y, aunque normalmente soy valiente aun estando sola en cualquier lugar, sea en el sótano o rodando por las faldas de una montaña, el día en que soy víctima de esta crisis, no tengo la más mínima confianza en mí misma. Tengo siempre la impresión de que alguien permanece tras de mí para cogerme”.⁴

“Podemos remontarnos más lejos en el pasado. En la literatura del siglo XIX, el escritor y médico alemán Georg Büchner, en el último fragmento de su novela *Lenz*, elabora una descripción de una crisis de pánico producida por la repetición de crisis de angustia: ‘Hacia la noche, ese campo de nieve alcanzaba la cresta desde la que se desciende al plano por el oeste... Hasta donde alcanzaba la vista, se

4. Sigmund FREUD y Joseph BREUER, *Études sur l'hystérie*, PUF.

levantaban montañas con vastas pendientes; toda la naturaleza tranquila, apagada, casi nocturna. Una horrible soledad se apoderó de él; estaba solo, completamente solo. Quiso hablarse a sí mismo pero no pudo: apenas osaba respirar. Sus pasos resonaban como el trueno; sí, no pudo hacer otra cosa que sentarse. Un pánico inconmensurable se apoderó de él en medio de esa nada: ¡era el vacío! Saltó sobre sus pies y prestamente rodó por la pendiente. Había caído la noche; cielo y tierra se confundían. Era como si algo terrible le persiguiera y quisiera atraparlo, algo a lo que ningún ser humano sería capaz de enfrentarse: era como si la locura a caballo tratara de darle caza’.

(Unas horas después) ‘De nuevo fue presa del vértigo que le había invadido en la montaña. Ya nada podía salvarlo. La luz se apagó, fue engullida por las tinieblas. Un terror inimaginable hizo presa en él. Saltó, salió de la habitación corriendo, rodó por las escaleras, se encontró frente a la casa. ¡En vano! Noche cerrada. La nada —él mismo no era más que un sueño. Pensamientos furtivos lo atravesaban, sentía calambres. Tenía el sentimiento de que era necesario repetir el Padre Nuestro sin cesar. No conseguía llegar a ser él mismo. Un oscuro instinto lo preservó de lo peor: se lanzaba contra el muro, golpeándose, se arañaba con sus propias uñas. El dolor que se producía hacía que poco a poco pudiera volver en sí. Acabó precipitándose en el estanque y chapoteando en sus poco profundas aguas”.⁵

Un ataque de pánico comienza bruscamente, con gran fuerza, produciendo el sentimiento de estar dominado por la angustia, de no poder hacer nada, de ser sobrepasado y de perder los propios recursos. Puede producir:

- Trastornos cardíacos, como dolores en la zona del corazón, taquicardia, palpitaciones, supresión de un latido en el ritmo del corazón produciendo un ritmo irregular o arritmia.
- Trastornos de la respiración con la sensación de ahogo.
- Sudores, con frecuencia nocturnos, asociados a un despertar agudo de angustia.

5. Georg BÜCHNER, *Lenz*, Payot, coll. “Rivages Poches”, 1998.

- Temblores.
- Accesos agudos de hambre mediante los cuales los pacientes compensan el malestar de la angustia.
- Diarreas, que pueden inquietar hasta el punto de solicitar una colonoscopia.
- Vértigos, que refuerzan la sensación de perder los propios medios.
- Congestiones y parestesias.
- Sensación catastrófica que derrumba a la persona y que podría dar la impresión de una muerte inminente.

Un primer ataque de pánico es un acontecimiento que marca a la persona. Los pacientes lo recuerdan como algo a partir de lo cual su vida ya no ha vuelto a ser igual.

En algunos sujetos, los ataques de pánico aparecen de forma esporádica, sin continuidad, con uno o escasos síntomas. Para otros sujetos, el primer acceso vendrá seguido de otros en las semanas o meses posteriores, cada vez más cercanos. La ansiedad aumentará entre las crisis y puede evolucionar hacia una ansiedad anticipatoria que hace que los pacientes vivan permanentemente la angustia de una nueva crisis, tratando de evitar, como pueden, todo lo que podría provocarla.

Al principio, evitando las situaciones en las que el paciente ha experimentado angustia; enseguida intenta evitar también situaciones en las que teme sentirse atrapado durante una crisis.

Los pacientes pueden entonces desarrollar diversas formas de agorafobia (miedo a las multitudes). Se sienten mal en un supermercado, no soportan la espera en la caja, les cuesta trabajo atravesar una plaza vacía por miedo a que la crisis les pille ahí en medio, desprotegidos y sin recursos. Algunas personas tienen miedo de atravesar un túnel o pasar bajo soportales; otras evitan tomar medios de transporte como el tren, el autobús o el avión. Otras no pueden ni salir solas de casa sin acompañante, incluso el hecho de conducir un coche estando solos se convierte en un problema. Los pacientes sienten pánico ante la idea de abandonar sus casas, pero habitualmente tienen menos dificultades para volver a ellas.

Los ataques de pánico pueden, pues, convertirse en un verdadero trastorno debido a las repetitivas crisis y al acondicionamiento de la vida cotidiana que han de organizar los pacientes. En cierta manera, este trastorno se comporta como una neurosis traumática, cuyo traumatismo estaría representado por la primera crisis de pánico.

Las fobias sociales

El abuso del alcohol concierne a un tercer tipo de ansiedad; hablamos de la patología fóbica, en el ámbito de las fobias sociales, particularmente cuando implica la relación con los otros.

Una fobia es un miedo; no obstante, el objeto de ese miedo está en el imaginario de la persona y no en la realidad. Por ejemplo, encontrarse con un hombre violento y armado y tener miedo, es normal. Por el contrario, tener miedo de contraer microbios si le damos la mano a alguien no es normal. Una fobia es irracional; no es ocasional sino estable, no tiene fundamentos objetivos y arrastra a la persona que la padece a evitar situaciones concretas que teme. Con frecuencia, los pacientes podrán no obstante abordar esas situaciones con la ayuda de una persona, un animal o un objeto al que confieren un papel para luchar contra la fobia. Por ejemplo, una persona que tiene miedo de telefonar, podrá hacerlo si enciende un cigarrillo; una persona que tiene miedo de salir de casa sola, podrá salir si saca a su perro a pasear.

Las personas que padecen una fobia anticipan peligros imaginarios. Es diferente, pues, del miedo a un peligro real y de la pura ansiedad generalizada en la que aparece la anticipación de toda clase de dificultades, contrariedades y peligros indeterminados y futuros.

Habitualmente, las fobias comienzan tras un acontecimiento real que ha supuesto un traumatismo. Inmediatamente, el paciente evita tales situaciones. Interiormente se condiciona a tener miedo y repite ese comportamiento de evitación. Aprende a tener miedo de situaciones que sólo existen en su imaginación, pero que pueden tener fundamento en una situación vivida y tiene miedo de enfrentarse a la misma situación.

Un caso frecuente es la fobia de subir a un automóvil después de haber sufrido un accidente. La visión del automóvil se asocia a la imaginada posibilidad de un accidente, así pues, la persona evitará subir al automóvil.

En la actualidad, sabemos que el comportamiento ansioso se transmite también mediante la observación: si un niño crece en una familia cuyo padre padece miedos y fobias, tendrá tendencia a imitar ese mismo comportamiento.

Por otro lado, las personas fóbicas tienen una conciencia dolorosa de su inferioridad. No esperan que sus esfuerzos sean eficaces, lo que explica que recurran a la protección de algún otro. Ese otro puede ser un producto (alcohol o droga) o un objeto. Las personas no tienen confianza en sí mismas y no se creen capaces de dominar la situación. Creen que alguna otra cosa, externa a ellas, puede resolver la situación.

Para ser considerado como tal, el trastorno fóbico debe producir considerables molestias, perturbando las actividades cotidianas. A veces, estas personas no salen de sus casas y su vida está organizada únicamente alrededor de su problema. Generalmente, tienen gran habilidad para conseguir que las personas de su entorno realicen las tareas que ellas ya no hacen. Algunas personas se vuelven incapaces de atender las preocupaciones del prójimo.

Las fobias sociales, propiamente dichas, atañen a situaciones en las que las personas están obligadas a relacionarse con los otros.

Algunos no pueden hablar en público, otros no pueden conseguir pareja, ya sea entre personas conocidas o desconocidas. A veces, no pueden afirmar o defender su punto de vista en una confrontación. Otras no pueden comer en público, así pues declinan sistemáticamente las invitaciones, tanto a restaurantes como a casas de amigos; incluso les puede llegar a ser imposible usar el aseo en otras casas. Algunos no pueden escribir en público –lo cual resulta bastante molesto cuando deben firmar un documento o simplemente firmar un cheque en un comercio.

La fobia social puede desencadenarse ante la dificultad de pasar un examen. Es un caso frecuente de consulta de escolares y estudiantes que enferman justo el día de un examen o que desarrollan una creciente ansie-

dad cuando se aproxima un control o un examen final. Los pacientes evitan entonces pasar el examen, se dan a sí mismos múltiples razones para repetir el curso y, con frecuencia, convencen a sus padres. Los pacientes temen la humillación, posible pero imaginada, por tanto anticipada, en caso de un suspenso o simplemente por obtener una nota menos buena que las que consiguen habitualmente. Esto puede ocurrirles incluso a los estudiantes más brillantes, a los primeros de la clase.

Una fobia social incluye la fobia de la mirada, el miedo a ser visto, ser juzgado o desaprobado por el otro, ligado al miedo de no ser amado.

Una paciente escribe:

“La multitud siempre me hace sentir a disgusto. Todos los años vamos a visitar diversas ferias comerciales. Es una verdadera prueba que comienza en el metro. Como es importante para mi pareja, le acompaño, pero permanezco agarrada a mi bolso y paso el día tratando de evitar el roce con toda esa gente que hormiguea por allá”.

El paciente fóbico tiene un miedo permanente y desproporcionado de no ser entendido por las personas de su entorno. Sabe, sin embargo, que su comportamiento frente a una situación ansiógena no es adecuado. Consta que los demás no experimentan los mismos tormentos emocionales. Los demás intentan con frecuencia razonar con él, pero no consigue modificar su comportamiento por el mero razonamiento. Se encuentra en desfase con los demás, lo que aumenta su sentimiento de inferioridad e intenta esconder su dificultad:

“Uno de mis miedos es enfrentarme a “los otros” a lo largo de una comida entre amigos o familiares. Partiendo del principio de que un combate es más fácil en terreno conocido, soy yo quien los invita siempre. Las paredes de mi casa me protegen. Como soy yo quien recibe a los otros, tengo la impresión de “gestionar” la situación, es una de las prescripciones que me hago a mí mismo”.

Trastornos de ansiedad y consumo de alcohol

La incomodidad ocasionada por la ansiedad puede fácilmente comportar el abuso de una sustancia:

- El alcohol es buscado por su efecto anestésico de las sensaciones penosas, estimulante para vencer una inhibición, euforizante, y algunos lo utilizan para conseguir adormecerse rápidamente.
- La ansiedad generalizada es una razón frecuente para utilizar medicamentos psicotrópicos, tranquilizantes de tipo benzodiazepines (Valium, Tranxene, Temesta, Lexomil...). En algunos pacientes constatamos una tendencia a la automedicación aumentando la dosis. Esto puede comportar auténticas toxicomanías medicamentosas.

En cambio, el vínculo entre ansiedad generalizada y alcoholismo es complejo. Los pacientes que presentan este trastorno no parecen más expuestos a desarrollar conductas de alcoholización que las personas no ansiosas. Parece que es más bien un síntoma que se produce como consecuencia de la alcoholización; la ansiedad aparece en los consumidores de alcohol en un 90% de los casos **debida al consumo**, mientras que solamente el 10% presentan un trastorno ansioso primario que persiste tras la privación.

El testimonio siguiente destaca la ansiedad inducida por la intoxicación, que mejora tras la privación:

“Antes de la desintoxicación, me despertaba violentamente por la noche, tenía picores y quemazón. Sentía que me ahogaba, ya no podía respirar correctamente. Digería mal, sentía el estómago pesado, ya no podía comer. Tenía dolores en la espalda. Ahora, tras la privación, me duele la cabeza cuando hago un esfuerzo grande, pero hay una clara mejoría: duermo bien, ya no me despierto angustiado por la noche, puedo comer normalmente, no siento esa opresión en el pecho. El hecho de dejar de beber, me ha aportado dinamismo para limpiar y arreglar mi vivienda, la he pintado. Mi trabajo y mis relaciones con los otros han mejorado mucho, ahora voy a su encuentro, mientras que antes me aislaba”.

Según diferentes estudios relacionados con las **crisis de pánico**, parece que su frecuencia en los pacientes alcohólicos puede variar del 4,6% al 50%. Se encuentra este trastorno en el 24,3% de los pacientes bebedores en exceso y en el 8,7% de los pacientes dependientes del alcohol, lo que parece sugerir que los bebedores en exceso utilizan el alcohol para calmar los efectos de la angustia.

Este mismo estudio realizado sobre la población general señala sin embargo que, con frecuencia, las personas ansiosas constatan el efecto perturbador del alcohol en su psiquismo, de modo que más bien evitan tomarlo.

La ansiedad aguda es mostrada como la consecuencia de las repetitivas intoxicaciones de alcohol y también de los repetitivos intentos de privación, pues ésta expone al paciente a manifestaciones considerables de angustia. Los pacientes recuerdan la incomodidad ligada a la privación. Es uno de los principales factores que impiden la motivación para abordar el tratamiento del problema del alcohol.

Por otro lado, debemos distinguir la automedicación mediante alcoholización en aquellas personas que han comprobado que sus pasos se vuelven más fáciles cuando han consumido algunas copas. Lo que buscan es el efecto desinhibidor del alcohol para paliar los problemas que les plantea la ansiedad anticipatoria entre las crisis de angustia. Durante una crisis de angustia propiamente, el consumo de alcohol en lugar de calmar la angustia tiende más bien a precipitar una crisis violenta que se manifiesta rompiendo objetos, dando golpes, pueden producirse heridas, es lo que llamamos ebriedad patológica.

En las personas que padecen alcoholismo, encontramos el 13,5% de **fobias** en los hombres y el 33,1% en las mujeres. Predominan la agorafobia y la fobia social, en ambas está implicada la relación con los otros. Si la fobia social coexiste con el alcoholismo, es más severa en todos los casos y precede con frecuencia al desarrollo del alcoholismo. Numerosos estudiantes han comprobado que podían reducir el estrés previo a un examen si consumían una bebida alcohólica antes, y algunos de estos estudiantes sin darse cuenta han entrado en un consumo de riesgo, y luego en la dependencia del alcohol, debido a un consumo cada vez más regular. Si la fobia

social coexiste con un trastorno de crisis de pánico, aumenta el riesgo de alcoholismo. Los hombres, más afectados por la fobia social, son también más dependientes del alcohol.

El alcohol es utilizado por las personas para reducir su angustia, lo que les permite anticiparse a las situaciones que les producen miedo. Buscan eliminar la falta de confianza en sí mismas y suprimir sus inhibiciones. Algunas conductas sólo son posibles bajo la influencia de una cierta dosis de alcohol. Hay pacientes que lo dicen en la consulta: “¿Sabe?, hoy he bebido, de otro modo no hubiera podido venir a verle”. Sin embargo, el alcohol sólo aporta efectos benéficos al principio. Los pacientes notan rápidamente los síntomas de una intoxicación crónica con su lote de manifestaciones ansioso-depresivas secundarias por la impregnación, lo que mantiene el círculo vicioso del consumo regular. Tras la privación, esta ansiedad vinculada al consumo desaparece:

“Después de una visita a un centro comercial en el que había pasado mucho miedo, en cuanto llegué a casa empecé a alcoholizarme y tuve la sensación de volver a ser yo mismo. No obstante, ahora, después de haber mantenido la privación, compruebo que si mi pareja me propone salir, la acompaño con gusto”.

LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Existe abundante literatura sobre trastornos de la personalidad vinculados al comportamiento de alcoholización. Debido a la diversidad de aproximaciones y a las diferentes metodologías, es imposible el consenso. En diferentes aproximaciones psicológicas, se considera que la personalidad o, dicho de otro modo, el carácter de base queda fijado al final de la adolescencia. Sin embargo, existe un riesgo al concebir la personalidad como inmutable, sobre todo en caso de trastornos de la personalidad, y es considerar que esas personas no pueden evolucionar ni acceder a la realización de un trabajo sobre sí mismas. Podemos citar aquí las representaciones negativas concernientes a la enfermedad alcohólica que han conducido al desaliento, a la denegación del problema y/o al rechazo

de hacerse cargo de él. Así, ciertos médicos generalistas afirman que no hay enfermos alcohólicos entre sus pacientes. Con ocasión de una encuesta en un servicio de maternidad, el tocólogo nos decía que en su servicio se despreciaban los problemas de alcohol entre las mujeres embarazadas; sin embargo, descubrimos que las comadronas les preguntaban sistemáticamente si fumaban tabaco, en tanto no les inquietaba en absoluto que consumieran alcohol. En otra de las representaciones negativas influyen ciertas ideas que consideran al alcoholismo como herencia: “de tal padre, tal hijo”, “quien ha bebido, beberá”. Cada persona tiene representaciones negativas más o menos conscientes sobre el problema de la alcoholización y éstas influirán en sus palabras y en sus actos. Según estas representaciones, juzgarán a un paciente incapaz de cambiar, congelándolo en las rigideces de su personalidad.

No obstante, podemos considerar de otra manera la personalidad. En cada tipo de personalidad, existe un funcionamiento dominante que se expresa, en primer lugar, de forma refleja: es una manera de situarse frente al mundo y en las relaciones. Este comportamiento reflejo constituye un límite –en el sentido de que una persona no consigue funcionar de otra manera– y además una trampa, ya que el hecho de funcionar así constituye seguridad para esa persona. El paciente puede refugiarse ahí y difícilmente podrá salir. Si llega a comprender que está atrapado debido a su manera de funcionar, puede comenzar a realizar un trabajo sobre sí mismo para traspasar esos límites y apoyarse en su motivación para superar las dificultades, especialmente en lo que concierne a su problema con el alcohol. Ahora bien, si esa persona no se hace consciente de su problema, los factores de su personalidad pueden fijarse en ella y volverse rígidos. Nuestra experiencia nos demuestra que el cambio es posible en cualquier momento, siempre y cuando la persona se sienta tocada en un aspecto positivo que aún no había descubierto.

A continuación, vamos a presentar diversos factores de la personalidad que pueden transformarse en trastornos. No tratamos de hacer una disertación exhaustiva sobre los tipos de personalidad, sino vincularlos con el trabajo relacionado con la alcoholología. Ninguno de los tipos descritos nos parece excluyente frente a otros, pues cada persona ha desarrollado una

tendencia predominante de funcionamiento, particularmente cuando tiene dificultades con su entorno, como en el caso del alcoholismo. Una persona puede tener dificultades con otra o consigo misma al experimentar la contradicción de sus necesidades y aspiraciones. Estos factores de la personalidad constituyen la materialización de su sistema defensivo. Al iniciar el trabajo sobre sí misma, se propondrá a la persona que tome conciencia de su funcionamiento reflejo, que lo ubique en su pasado y que observe su aparición cuando está en dificultades. A continuación, podrá reflexionar sobre ello y adquirir otro tipo de funcionamiento, aprendiendo así a no dejarse atrapar por su funcionamiento habitual. Tomar conciencia de esto es difícil, debido a ciertos mecanismos de defensa particulares que encontramos en un buen número de pacientes dependientes del alcohol.

La personalidad pre-alcohólica

La persona utiliza el alcohol para luchar contra su sensación asioso-depresiva. La alcoholización representa una tentativa de autotratamiento. Los pacientes con inhibiciones buscan el efecto estimulante del alcohol en bajas y medias dosis; los pacientes angustiados buscan sus efectos sedantes en medias y altas dosis.

Esta personalidad que llamamos pre-alcohólica funciona con una especie de fijación en la satisfacción oral. Se remonta al primer estadio del desarrollo del niño, cuando es amamantado o alimentado con biberón. Si este tipo de satisfacción se convierte en una fijación en el niño, desarrollará una dependencia extrema de lo ajeno: espera una gratificación. Todo ello impide su autonomía, todo lo que hace estará sometido a las aportaciones de los demás.

La inmadurez afectiva y relacional hace mella en estas personas, les es imposible diferenciar su necesidad oral de la del origen, y aparece esta búsqueda compulsiva de un producto que les aporta sosiego. Encontramos este funcionamiento en los pacientes que usan el alcohol con un objetivo tóxico-maníaco para obtener la sensación rápida de un estado secundario mediante un flash.

- **La apsicognosis**

Es un término propuesto por Pierre Fouquet que describe la dificultad de verse a uno mismo de forma objetiva; los pacientes tienen dificultad para observarse y evaluarse en sus relaciones con los demás y, sobre todo, su relación con el alcohol. Hablamos aquí de una denegación de la intoxicación. Estas personas pierden el diálogo interior. En este diálogo aparecería especialmente la culpabilidad, que tendría un efecto de freno sobre determinados comportamientos. La pérdida del diálogo interior libera instintos abocados a la satisfacción, cada vez más inmediata, de las necesidades primarias: comer, beber, dormir, sexualidad, liberando violencia en caso de frustración. Esto explica que los pacientes no puedan decir “por qué” han vuelto a re-alcoholizarse. La pérdida del diálogo interior, que frenaría el comportamiento autodestructivo, libera el impulso de la necesidad que exige satisfacción inmediata. Puede tratarse de una alcoholización compulsiva; los pacientes reivindican, por ejemplo, ser recibidos inmediatamente por un médico o la obtención de un aumento de sueldo y, si no obtienen una satisfacción, dimiten. Sus relaciones con los otros están marcadas por la brutalidad, especialmente en las relaciones familiares. La apsicognosis se acentúa más cuando un paciente, que ha mantenido la abstinencia durante un tiempo, sufre una re-alcoholización. Mientras permanecía sin alcohol, había podido reflexionar, era capaz de escuchar a los demás. Con su vuelta a la alcoholización, se constata de nuevo un diálogo interior clausurado.

- **La regresión afectiva**

Se trata de una acentuación de tendencias egocéntricas: el paciente se siente cada vez más el centro del universo e interpreta que todos los acontecimientos se vuelven en su contra. El paciente regresa a un estado anterior de satisfacción de sus necesidades, comportándose como un niño que espera que se lo den todo y que reacciona con rabietas cuando no obtiene satisfacción. Con este funcionamiento, los pacientes se desinteresan cada vez más de su entorno familiar, abocándose a un comportamiento consistente en la búsqueda cada vez más acentuada del producto alcohol. La expresión de sus sentimientos se tiñe, por un lado, de teatralidad –el

paciente querría sentirse amado, acogido y reconocido, en lugar de abandonado y rechazado— y, por otro lado, expresa arrepentimiento y pide perdón tras sus excesos alcohólicos, prometiendo dejarlo o que iniciará un tratamiento, quizá mañana... La expresión de estos sentimientos es superficial e inauténtica, puesto que su motivo es egocéntrico. Una vez más, el paciente se sitúa en la inmediatez de una reivindicación afectiva, en lugar de situarse en el diálogo de adulto a adulto. Lo quiere “todo y rápidamente”; pero un adulto es capaz normalmente de esperar y atender las respuestas del otro en un espacio de diálogo. Con este funcionamiento, el paciente hace semblante de dialogar. Espera todo del otro y excluye su propia participación.

- **El desconocimiento de los trastornos provocados por el alcohol**

El paciente es confrontado a tomar conciencia de la realidad de su dependencia del alcohol y a su imposibilidad de admitirla. Razona diciendo que “jamás está ebrio”, que “bebe como todo el mundo”, que “puede dejarlo cuando quiera”. Está minimizando y negando su problema, y se hace inaccesible para quien le dice que bebe demasiado y que se inquieta por él. Esas advertencias condescendientes no afectan al paciente, ya que éste funciona según su sistema defensivo poniendo a distancia inmediatamente a los otros para evitar cuestionarse a sí mismo.

En este tipo de funcionamiento entran las justificaciones del comportamiento de alcoholización. Los pacientes “explican” que han tenido un problema familiar, que han perdido su trabajo, que les han llamado la atención. Una persona dice: “Si alguien te está agrediendo todo el tiempo, no puedes hacer otra cosa que alcoholizarte”. El paciente no se cuestiona jamás a sí mismo mediante este funcionamiento. Querría mantener un dominio total de sí mismo, que expresa diciendo: “Volví a beber tres semanas después de la cura porque ya me sentía más fuerte”.

La regresión afectiva y el desconocimiento de los trastornos provocados por el alcohol se acentúan cuando una persona tiene además problemas cognitivos, consecuencia de su intoxicación: trastornos de la memoria, del razonamiento y de juicio.

- **Alcoholismo y personalidad psicopática**

La psicopatía está marcada por una considerable intolerancia a la frustración. Las personas que la padecen no pueden aplazar sus necesidades, tienden a tomar lo que quieren obtener, en lugar de esperar a que los otros se lo otorguen o a adquirirlo de manera correcta, lo que explica ciertos delitos y robos. Su afectividad es lábil, experimentan bruscos cambios de humor, que pueden provocar rabietas, peleas y automutilaciones. Sus relaciones con los otros consisten en investir e idealizar masivamente a una persona y rechazarla en caso de frustración. Utiliza más a las personas en función de lo que pueden aportarle que por lo que realmente pueden dar en una relación de intercambio. Debido a su pasaje al acto, los psicópatas se encuentran con frecuencia en la cárcel, lo cual no les sirve de escarmiento: siguen comportándose igual. No experimentan angustia ni culpabilidad por sus pasajes al acto, de ahí su brutalidad, su egoísmo y la ausencia de remordimientos.

El abuso del alcohol y de las drogas es frecuente en las personalidades psicopáticas, encuentran así un medio de compensación de las frustraciones que no pueden soportar. Habitualmente, el alcoholismo en estas personas es precoz, antes de los 15 años, y conlleva trastornos del comportamiento: robos, fugas, peleas, uso de armas, destrucción de objetos, piromanía, actos crueles. En algunos casos, los trastornos del comportamiento están ya presentes en la infancia. En otros, es el alcohol lo que provoca esos trastornos.

Desde la adolescencia, el alcohol puede ser utilizado como una droga con la finalidad toxico-maniaca, para “colocarse” o hacer un “viaje”, consumiendo bebidas muy fuertes, mezcladas y asociadas a otras drogas cuyo efecto potencia el del alcohol. Estas personas pretenden obtener un estado de euforia y quedar anonadadas, a veces, consumiéndolo en grupo de manera ritual durante el fin de semana. Por este motivo, debemos proponer prevención y cuidados a los adolescentes que buscan estas borracheras de forma repetitiva, ya que tienen mayor riesgo de desarrollar rápidamente la dependencia. Las personalidades psicopáticas son las de mayor riesgo en este sentido.

Intentar dar un paso hacia delante siempre

7

EL DISPARADOR

A menudo es necesario un disparador que nos permita tomar una decisión importante en la vida. Las personas hablan de una experiencia interior, en la que se apoyan y que les permite tomar su decisión. La palabra “disparador”¹ representa una síntesis de experiencias y observaciones diversas que asocian el trabajo de la inteligencia y la emoción correspondiente. La persona se siente tocada y no puede negar lo que siente. En el caso de dependencia del alcohol, se trata de la decisión de dejar el consumo de alcohol.

Tomar conciencia del problema de forma progresiva

Existe una diferencia entre las personas que se alcoholizan cotidianamente y las que practican una alcoholización masiva durante el fin de semana. Las primeras, con frecuencia padecen una presión considerable por parte de su entorno: sus parejas pretenden controlar su consumo, comprando ellas mismas las bebidas alcohólicas y controlando la cantidad. El paciente evita dar la razón a esa sospecha, lo que le produce tensión, especialmente si bebe a escondidas. Está obligado a consumir todos los días, ya que su cuerpo reclama alcohol. Si dice que no bebe todos los días, tal vez se trate de que bebe algo menos ciertos días y, a su juicio, ha dado con el consumo que a él le parece “normal”. Así pues, es consciente de que “bebe demasiado” y probablemente está intentando “beber menos”.

1. N. de la T.: el autor utiliza la palabra *déclit*.

Un paciente escribe:

“Fui consciente de mi problema al comprobar que temblaba cuando no bebía. El alcohol se convirtió en mi preocupación cotidiana, es decir, debía tener siempre en casa a la vuelta del trabajo. Al principio, a los 18 años, bebía dos o tres copas para relajarme, para dormir, para concentrarme. Poco a poco, un año después, cuando me fui de casa de mis padres, necesitaba una o dos botellas por noche, nunca bebía durante el día. El alcohol me ha aportado placer, pues todo me parecía más fácil, me sentía más abierto socialmente, me daba confianza en mí mismo y estaba más alegre, siempre que no bebiera demasiado. Más adelante, lo tomaba por necesidad física: bebía para dejar de temblar. Me convertí en dependiente del alcohol y cuando me faltaba el producto era agresivo y violento. Muchas de mis relaciones amorosas han fracasado por culpa del alcohol, ya que me ponía violento con mi pareja cuando estaba bajo la influencia del alcohol”.

En los casos de alcoholización en los dos miembros de una pareja, el paciente no sufre presiones del entorno, pero tampoco recibe ánimos para dejarlo. El cónyuge puede ser consciente de que existe un problema, pero a veces no puede ver que su intervención podría ayudar a su compañero/a. Tolerla la alcoholización y la vive de forma pasiva.

Los bebedores de fin de semana constatan fácilmente la diferencia entre los días de alcoholización y los días de abstinencia. Su comportamiento cambia: “Cuando voy al bar el sábado por la mañana, nunca sé cuándo volveré a casa”, dice un paciente, “y mi mujer me dice que nunca sabe en qué estado me va a encontrar cuando vuelvo”. Otro paciente constata que le cuesta enormemente acudir al trabajo el lunes por la mañana, después de alcoholizarse durante el fin de semana: se siente cansado, angustiado, tiene dificultades para concentrarse, tiene miedo de cometer errores. Otro ejemplo está relacionado con la dificultad de detener la alcoholización: algunas personas encuentran siempre un pretexto para acabarse los restos de una botella abierta, incluso delante de todo el mundo.

En ambos casos, y después de un problema de comportamiento vinculado a una alcoholización, como una crisis de violencia doméstica o una

agresión contra un miembro de la familia, estos pacientes pueden acabar solicitando una consulta. La familia queda afectada y el paciente, sorprendido de su reacción, querría comenzar a cambiar. Es importante utilizar esa motivación. Si el comportamiento violento se convierte en habitual, los pacientes lo minimizan y ya no se cuestionarán más.

La lucha por controlar el consumo

Todas las personas se dicen que quizás podrían beber menos. Buscan así la normalidad, y querrían hacer como si no tuvieran ningún problema, sobre todo, ningún problema con el alcohol, el cual les produce verdadera vergüenza. Una paciente dice:

“Es un verdadero infierno. La botella está sobre la mesa. Empiezo a sentir el cansancio. Me digo: no beberé hasta el mediodía. Pero me arrastro cada vez más hacia ella y acabo bebiéndome un vaso de golpe, para sentirme un poco más fuerte, pero me siento terriblemente culpable. Y cuando dejé el alcohol, esto duró tres meses, sólo después dejé de sentir estas horribles ganas de beber”.

Los pacientes viven mal su alcoholismo, es como un estigma que les hace diferentes de los que pueden alcoholizarse ocasionalmente y de manera distendida. Pero tampoco desean renunciar a los efectos psicotrópicos del alcohol, ya que dejar de beber significa hacer frente a sensaciones incómodas, de las que el alcohol les permite huir. Estas personas estarán preparadas para abordar su desintoxicación y privación cuando hayan hecho balance de los efectos positivos que el alcohol les aporta y de sus numerosos inconvenientes.

- **Los elementos externos**

En el entorno de una persona que se alcoholiza, a menudo existe alguien que le dice: “bebes demasiado... deberías dejar de hacerlo”. Pero también pueden ocurrir que el entorno participe en la denegación del problema mientras el paciente consiga esconder su excesivo consumo y evite alcoholizarse ante los miembros de la familia. El cónyuge puede amenazarle con abandonarlo si el paciente no se cuida, pero si éste siente que no existe ver-

dadera determinación, no dejará de beber. El empleador puede desempeñar un papel importante a este respecto. Si en la empresa existen unas normas de conducta, que hay que observar en caso de alcoholización de un empleado, el paciente sabe que se encuentra frente a una tolerancia cero en caso de infracción de esa ley existente: está prohibido alcoholizarse en el lugar de trabajo, lo que quiere decir que también está prohibido acudir alcoholizado al trabajo. Un empleador o su director de recursos humanos puede enviar a un paciente a la consulta. Esta consulta puede solicitarla el médico del trabajo, que desempeña un papel fundamental en la detección de los factores de riesgo y de prevención.

Si un control de alcoholemia al volante da positivo, en la actualidad hay que realizar obligatoriamente una consulta. En caso de infracción, el juez de instrucción o de aplicación de las penas puede solicitar la obligatoriedad de un tratamiento y, si fuera necesario, con el mandato de presentar un certificado que estipule que el paciente está siendo tratado de manera regular por un profesional de la salud.

Sea cual sea el elemento externo, el cambio puede producirse si el paciente se siente tocado interiormente y si comienza a trabajar sus motivaciones personales.

- **La motivación personal**

Las motivaciones pueden ser variadas; algunas son externas: cuando la persona quiere conservar su trabajo, recuperar su permiso de conducir, cuidarse para estar mejor con sus hijos o para salvar su relación de pareja, pero todavía sin querer cambiar ella misma.

Una motivación personal puede comenzar debido a un problema de salud. Un accidente de circulación dejó como secuela a una persona un problema vascular cerebral. Esta persona hubiera podido desanimarse totalmente y continuar alcoholizándose por despecho. Pero sintió que podía mejorar su salud trabajando su abstinencia y porque quería también “frenar los gastos”.

La motivación puede percibirse de forma imprecisa y el paciente tiene dificultades para nombrarla; al tomar conciencia de que se estaba destruyendo a sí mismo y a su familia, puede decir: “era necesario que hiciera algo, no podía seguir viviendo así”, quería salir de todo lo negativo.

- **El disparador**

La persona siente una emoción intensa. Sin poder describir con precisión su vivencia, comprende que algo ha ocurrido dentro de ella. Dicho de otro modo: ha sido tocada por una fuerza positiva; a veces puede llegar a decir que ha sido “visitada por un ángel”.

Una persona provocó un accidente de coche bajo la influencia del alcohol, y cuando vio cómo liberaban a los accidentados, se sintió afectada pensando que sus propios hijos podrían haber sido heridos o muertos. Y se sintió tocada en su responsabilidad.

Tras una internación de desintoxicación, un paciente continuaba alcoholizándose sistemáticamente, con episodios de ebriedad patológica y violencia. El médico responsable, a la vista de tal ebriedad, le comunicó que su comportamiento era inadmisibile y que debía encarar una cura en un centro especializado, lejos de su residencia. El paciente lo rechazó violenta e inmediatamente, pero después retomó el contacto diciendo que se había sentido muy tocado y que ahora ya se sentía preparado.

Otra persona estaba a la espera de un juicio severo debido a un accidente provocado. Sin embargo, el juez fue clemente y alentador para esta persona, lo que la estimuló para dejar de alcoholizarse.

En ambos ejemplos, los pacientes han sido tocados debido a la intervención de una persona que desempeñaba un papel de autoridad. Parece que inconscientemente se sintieron tocados porque ambas intervenciones, además de ponerles límites, las respetaban como personas libres y responsables. De ese modo pudo desencadenarse una posibilidad de compromiso: no querían seguir viviendo como antes.

La formación PRH aporta algunas indicaciones para comprender el fenómeno del disparador: puede tratarse de un **acontecimiento del ser**. De manera totalmente inesperada, surge un movimiento de lo más profundo de la persona que se impone a su conciencia de forma relevante. Dicho de otro modo, la persona ve o percibe algo con nitidez, mientras que antes no veía ni sentía nada. Puede tratarse de palabras interiores: un paciente escuchó estas palabras en su interior: “tú no has nacido alcohólico”. Otro: “puedes curar la causa de tu problema”. Al escuchar estas palabras sienten como si fuera otro el que les hablara desde su interior; y no pueden olvidar-

las, quedan marcados por ellas, aunque no puedan comprender todo su significado inmediatamente.

Otras personas experimentan una especie de iluminación sin palabras, como el caso de quien, de repente, llega a aceptar su problema con todas sus consecuencias. La insatisfacción que siente ante su manera de funcionar, con sus numerosas disfunciones, desencadena en esta persona la voluntad de cambiar en profundidad, y tiene la intuición de que debe comenzar dejando que se manifieste lo mejor de sí misma. Así, un paciente al que sus familiares siempre habían apoyado, se sintió embargado por el sufrimiento que sus numerosas recaídas les producía, y por el hecho de que éstos siempre lo acogieran sin desfallecer. Para otra persona, la experiencia de un amor incondicional por parte de su acompañante fue decisiva. Tuvo la necesidad de apoyarse en alguien, sintiendo al mismo tiempo que no la dejaría caer. El siguiente testimonio ilustra una experiencia de acontecimiento del ser, que tuvo lugar antes de que esta persona iniciara su desintoxicación:

“Y un buen día, sí fue un buen día, ocurrió que una fuerza inmensa se me vino encima violentamente, me aprisionaba y no me permitía el más mínimo movimiento, estaba como atrapado en un bloque de hormigón, inmóvil, aunque no me aplastaba. Al mismo tiempo, toda la angustia voló e instantáneamente comprendí que Dios se había manifestado; luego me quedé inconsciente y, cuando me desperté, estaba molido pero me sentía confiado. Era otra persona diferente y sentía que estaba salvado, pero durante la semana siguiente continué bebiendo, extrañado de que el milagro no me hubiera quitado las ganas de beber alcohol. Después, tuve una iluminación, el milagro consistía en esa fuerza que yo había recibido, me tocaba a mí poner en marcha lo que había que hacer. Recordé la palabra de Jesús a los paralíticos: ‘levántate, coge tu lecho y anda’”.

Sea cual sea el tipo de experiencia fundamental, no debemos subestimar el disparador. Éste no representa una experiencia de curación, sino más bien la iniciación del trabajo sobre sí misma, con la esperanza de mejorar y de acabar con el berenjenal cotidiano. Después de sentirse tocada, la persona encuentra en ella la fuerza para iniciar un cambio. Lo que ha senti-

do desencadena, pues, un movimiento dinámico. También pueden darse diversos disparadores sucesivos, progresivos, mediante los cuales la persona se implica paso a paso en su evolución. Cada experiencia la compromete a dar el paso siguiente. Para progresar, aprende a ser fiel a sí misma, verificando la rectitud de su camino y concediéndose lo que es bueno para ella.

El disparador constituye un momento muy intenso, un momento clave. Una persona sólo tiene un momento importante en su vida. Este disparador será eficaz cuando la persona pueda proporcionarse los medios para mantener el movimiento de crecimiento que ha sentido en ese instante. Los dependientes del alcohol insisten con frecuencia en la necesaria vigilancia para tomar las riendas de su sobriedad. Es útil que todos los pacientes rememoren su propia motivación para cambiar, y que precisen en el presente, en la actualidad, qué es lo que les motiva a vivir. Esto requiere que se apoyen tanto en sí mismo como en ayudas externas cuya eficacia se ha verificado.

PONER ORDEN EN LA PROPIA VIDA

El consumo excesivo de alcohol es síntoma de desorden, aunque una persona no sea consciente de ello. Dicho de otro modo, está cerrando los ojos, no ve su manera de funcionar ni se detiene a pensar ni intenta comprender cómo es que ha llegado a ese punto. Con frecuencia, no observa las señales del desorden y repite su modo habitual de funcionamiento. Puede ser muy desgraciada, pero sigue sin comprender o sin poder decidir qué es lo que debe cambiar de su conducta.

Desarrollar la mirada crítica hacia sí mismo

Estamos hablando aquí de una crítica constructiva. Cuestionar los propios comportamientos puede empezar con la siguiente pregunta: “Puedo abstenerme durante diez días, entonces, ¿por qué de repente empiezo a consumir?, no puedo entenderlo”. Este cuestionamiento anima a mirar a la luz las disfunciones: ¿qué es lo que las desencadena y cómo neutralizarlas? Una re-alcoholización puede desencadenarse debido a una considerable

angustia, una crisis de desesperación con tristeza o un sentimiento de fracaso. Si está alcoholizado, el paciente se defiende afirmando que no ha bebido, mientras que lo reconocerá cuando esté sobrio. Las personas de su entorno le hacen sentir que “es mentiroso”, lo que agrava su vergüenza, pero también su agresividad. Ser acusado de mentiroso refuerza el sentimiento de miseria del paciente, lo que puede llevarlo a alcoholizarse de nuevo. Ahora bien, es importante poder hablar de la re-alcoholización en un medio distinto del familiar. Es importante que el paciente se dé el derecho de poder beber, antes de tomar la decisión de dejar de consumir. Cuando existe la posibilidad de beber “como los otros”, cuando se siente “normal”, puede también elegir abstenerse, y de ese modo no vive el dejar de consumir como una tara que lo estigmatiza frente al resto de la sociedad.

El hecho de sentirse libre es un punto de partida importante para desarrollar esa mirada crítica constructiva con respecto a sí mismo. No obstante, supone realizar unos reajustes continuos cuando el objetivo que se pretende, la abstinencia, no se alcanza. Esto no es posible cuando, debido a la presión de los otros, el paciente finge querer cambiar su comportamiento y comienza una cura que él no ha elegido. Cuando los demás quieren influir sobre su comportamiento, controlando su consumo o vigilándolo, en lugar de considerar que el problema con el alcohol lo tiene él, el paciente se siente solo y no se siente acogido con su problema. Necesita de una relación en la que sienta que lo acogen por lo que es, incluyendo el problema que tiene.

Se trata aquí de ser realista o, como decía un paciente, “de dar tiempo al tiempo”, mientras aprende a abrirse camino. Gracias a su trabajo personal, aprende a liberarse de los comportamientos en los que estaba atrapada, para no repetirlos de nuevo en circunstancias difíciles. Con el fin de liberar el impulso de vida, es importante apoyarse en todas las fuerzas positivas:

“Yo trabajo sobre mí misma cuando estoy tranquila y lúcida. Lo que me ha atrapado en el alcohol ha sido una cierta debilidad, una dificultad para decir no cuando me ofrecían bebidas, una especie de gentileza de querer complacer a los otros, pero también el miedo a diversas situaciones. Lo que ahora me ayuda –y el hecho de no querer hacer demasiadas cosas a la vez, además de reflexionar– es la pedagogía de los pequeños pasos. Así, voy avanzando en mi vida.

Antes, me excedía con el alcohol; ahora, tengo cierta tendencia a abusar de los postres y a fumar demasiado, pero pienso que puedo progresar”.

Uno de los medios para trabajar sobre sí mismo es el análisis del mundo interior: el cambio en la relación con uno mismo resulta posible si la persona está atenta a sus emociones, sensaciones, vibraciones, a todas las reacciones de su mundo interior. Aprende así a distinguir lo que viene de ella misma y lo que le sugieren o imponen los otros.

Es necesario detenerse para dedicarse tiempo a uno mismo y sentir, concienciarse, comprender lo que vive dentro de uno, para así proceder mejor a continuación. A las personas habituadas a la acción, esto les cuesta trabajo al principio. Deberán primero aprender a tenerse paciencia a sí mismas para llegar a ser más coherentes y para sentirse más de acuerdo con su vida interior. Este ejemplo ilustra la felicidad de este descubrimiento:

“Voy muy bien, estoy en plena forma y desbordante de energía. Soy abstemia desde hace 11 meses y vuelvo a vivir completamente sin esa droga que me ha envenenado durante 10 años. En la actualidad soy otra persona y vuelvo a aprender a descubrirme, a quererme. ¡La vida es tan bella!”.

El análisis es una manera de adquirir autonomía en relación con los otros, ya que integrando lo que vive en la profundidad del ser, las personas se liberan de sus ideas sobre sí mismas, de sus dependencias de los otros, de ciertos hábitos y de conductas reflejas que condicionan y frenan su avance. Aprenden a no juzgarse ni condenarse, sin desvalorizarse ni desanimarse y se autorizan a abrirse camino paso a paso.

Librarse del “todo, enseguida” y del “todo o nada”

Un enfermo alcohólico puede formular una solicitud de tratamiento para realizar inmediatamente: “Tengo un problema con el alcohol, quiero ver al médico enseguida”. Si respondemos a estas demandas urgentes con una hospitalización inmediata, no es extraño que al cabo de dos días el paciente diga que quiere salir para “arreglárselas solo”. Pero si rechazamos

responder estas solicitudes, el paciente puede llegar a persuadirse de que “ha hecho todo” lo posible para cuidarse, pero el médico no ha respondido a su demanda, que no hay cura posible para él o que no la necesita. Cuando no recibe “todo” lo que reivindica, puede rechazar las soluciones propuestas, que requieren su participación, y cae en el “nada es posible para mí”. Para evitar hacer frente a sus disfunciones, algunas personas dicen a sus familias: “el médico no quiere saber más de mí”. Así pues, el enfermo alcohólico se sitúa con frecuencia en la paradoja y en ambivalencia en relación con la demanda. Es importante no responder de entrada, sino tomarse un tiempo para entender la demanda, descodificarla a veces, y buscar qué sentido tiene en la vida del paciente.

Aprender a tener paciencia, por parte de todos, es requisito fundamental para cuidar a los dependientes del alcohol:

El paciente: debe tener paciencia consigo mismo, que implica que no intente apropiarse de los cuidados con gesto brusco, como si se apropiara de una botella, sino recibir lo que pueda dársele.

La familia: paciencia y reconocimiento de los esfuerzos que hace el paciente para aprender a ver su personalidad sana, más allá de sus disfunciones.

Los cuidadores: paciencia para darle al paciente el derecho a re-alcoholizarse sin que se culpabilice ni se desanime, mientras se busca un elemento nuevo en cada encuentro con él, que permita una apertura en la gestión de sus cuidados.

Aprender la pedagogía de los “pequeños pasos”

Desde hace milenios, existe el proverbio: “a cada día le basta su pena”. Hay sabiduría en estas palabras, que animan a no pretender mirarse con lupa, a riesgo de desanimarse. No hay que poner la mirada demasiado lejos, si se hace, existe el riesgo de dispersión o de pérdida del objetivo. Estas palabras animan también a contentarse con el resultado que se obtiene de un esfuerzo mantenido, a darse un respiro y a continuar el esfuerzo por etapas. Es una invitación realista, permite aspirar a un objetivo a la medida. La dificultad de muchos enfermos alcohólicos es justamente la

desmesura: no son demasiado realistas y, alcoholizándose, mantienen la ilusión de que pueden vivir según sus deseos, mientras que la realidad es muy otra.

Un ejemplo concreto lo constituye la “regla de las 24 horas”, enseñada y practicada por Alcohólicos anónimos: “Yo me comprometo hoy a no consumir ninguna bebida alcohólica durante 24 horas”. Pueden agregar después que no saben qué pasará mañana, pero que deciden lo que van a hacer hoy, eso es lo que pueden hacer. Cualquier paciente, incluso alcohólico dependiente, no iniciado en la privación todavía, puede no consumir bebidas alcohólicas durante 24 horas; los síntomas del síndrome de abstinencia, con sus posibles contratiempos, comienzan tras esas 24 horas. Así pues, es a medida de todos.

Vivir esta regla todos los días recuerda al paciente privado del producto que su vida es un don precioso, que su salud requiere cuidados constantes y que es necesario estar alerta cada día.

Extraer la enseñanza de los “pequeños pasos” aporta medios concretos para adquirir paciencia con uno mismo, para no recaer en la reivindicación del “todo” ni en el desánimo del “nada”.

Aprender a gestionar todos los aspectos de la vida en los que existen excesos

La dependencia del alcohol puede observarse desde el ángulo del exceso que se infiltra en una persona para no abandonarla. Beber mucho –“hasta el poso” para algunos– es un exceso. Este exceso afecta tanto al cuerpo como al espíritu de la persona, al terreno somato-psíquico, ya que cuando se toca al cuerpo, el espíritu también resulta afectado, y a la inversa. Por ejemplo, cuando existe una falta de sueño, algunas personas se vuelven agresivas. Otros, en caso de frustración afectiva, se ponen a comer.

Cuando hacemos un trabajo de ordenación tras una desintoxicación de alcohol u otro tóxico, es interesante observar los excesos en los diferentes ámbitos somato-psíquicos, para aprender a vivirlos armoniosamente.

En el plano alimentario, las necesidades calóricas se colman ampliamente en los pacientes que consumen bebidas alcohólicas cada día. Después

de beberse una o dos botellas de vino, el paciente no tiene hambre. Comerá lo que le apetezca de entrada y no buscará una alimentación equilibrada mediante legumbres, proteínas, fibra, cereales, frutas y lípidos (éstos últimos con moderación).

Existen también desarreglos en el sueño, ya que el consumo de alcohol proporciona adormecimiento rápido, sueño fraccionado y despertarse con frecuencia; tras un exceso alcohólico, los pacientes no están en forma a la mañana siguiente y llegan, a veces, tarde al trabajo, en el que además no serán competentes.

El hecho de tomar vacaciones puede asociarse a un incremento en el consumo de alcohol; algunas personas constatan que tras su regreso, siguen consumiéndolo de tal manera que escapa a su voluntad, entran así en la dependencia.

Tanto las actividades profesionales como el ocio pueden vivirse al ritmo del consumo de alcohol. Beben al acabar la jornada de trabajo y regresan tarde a casa; cuando la dependencia se hace mayor, los pacientes consumen una cierta cantidad antes de ir al trabajo y, si no lo hacen, tienen demasiados temblores o están demasiado angustiados. Beben también con ocasión de un partido de fútbol o cuando van a cazar...

Tras una cura, es importante intentar equilibrar esos ámbitos y gestionarlos de forma sana, lo cual no puede hacerse de un día para otro. Un paciente dice:

“Cuando bebía, no me cuestionaba. Sólo me preocupaba encontrar el alcohol necesario. Tras la desintoxicación y con la privación, no fui nada bien durante aproximadamente un año. Comencé a gestionar mi abstinencia organizando un programa para mi vida. Comprendí que era importante levantarme por la mañana a la hora e intentar ocupar mi tiempo correctamente. Poco a poco, pude ir cuestionándome sobre mi manera de funcionar y sobre cómo pude llegar a beber como lo hacía. Me ayudaba el seguimiento realizado por el centro de alcoholología”.

Con una mirada atenta, podemos constatar el exceso en ciertos comportamientos: un jardinero decía que sembraba el doble de lo necesario por

miedo a que las plantas no crecieran; ciertas personas participan en muchas reuniones ligadas al alcohol, en detrimento de su vida personal. En aquellos que militan en una asociación, podemos constatar también una generosidad casi excesiva para ayudar a otros que se debaten en su problema con el alcohol. El exceso se ha desplazado, ha cambiado de lugar, y si la persona puede concienciarse de ello ya no podrá ser dominada, sino que será ella quien conserve el dominio. Vivirá sus prioridades de otro modo, preocupándose de lo que la hace vivir y de lo que da sentido a su vida. Se convertirá en una persona libre y feliz.

RENUNCIAR AL ALCOHOL

Algunos emplean la expresión: “hacer el duelo del alcohol”, diciendo así que se trata de una pérdida definitiva y, como ocurre con todas las pérdidas, duele y provoca resistencias. Aquí, la persona se enfrenta a la necesidad de renunciar, mientras que lo que querría es mantener todas las ventajas. El alcohol ha acompañado su vida bajo forma de alimento, la ha reconfortado, ha sido su compañero, la ha estimulado... Con frecuencia, las personas se enfrentan a otras situaciones que comportan renunciaciones, como una situación familiar imposible de gestionar, un estado de salud preocupante con lesiones, como un handicap físico, dificultades económicas graves, o problemas judiciales.

La persona se pregunta por qué le ocurre, por qué se le echa encima eso, qué ha hecho ella para ser castigada de esa forma. Se subleva, no acepta la realidad, rechaza reconocerse así. No puede admitir que el consumo de alcohol la haya puesto en ese estado. Piensa que podrá gestionar de nuevo la situación, y también su consumo de alcohol, tras un cierto tiempo de abstinencia y de cuidados.

La persona experimenta una pérdida simbólica: se trata de la pérdida de la capacidad de poder controlar su consumo “como todo el mundo”, y por tanto de “no poder beber nunca más como todo el mundo”. Se enfrenta a la necesidad de abandonar sus representaciones mentales relacionadas con su vida con alcohol. Estas representaciones están relacionadas con cier-

ta imagen que ella tiene de sí misma o de un tipo de vida determinado, imaginado o idealizado. Podrá conseguirlo si elige vivir, en adelante, sin consumir alcohol.

¿Para qué sirve (servía) el alcohol en mi vida?

Es la pregunta que debe hacerse una persona para poder hacer el duelo del alcohol. Se coloca así frente a su necesidad de alcohol; hacerse esta pregunta hace daño. No obstante, no mirar esta realidad supone una evitación, que pone al paciente en riesgo de recaer en la repetición de la alcoholización. Durante una desintoxicación, o incluso una cura de cuatro semanas, algunas personas desestiman su necesidad: “ya no tengo más ganas de beber” dicen con frecuencia. No obstante, las ganas de tomar alcohol fluctúan; una persona puede no tener ganas cuando está ocupada con otros y con más motivo si es una situación fuera del alcohol; y puede, en otra situación en la que sea vulnerable, sentir las ganas de beber como una sacudida. Así pues, es capital que se prepare anticipando las situaciones en las que se puede encontrar. Esa es la cuestión del sentido del alcohol en la vida; renunciar a él expone primero a un contrasentido; la persona puede, en secreto, tener miedo de hacerse esta pregunta, pues querría conservar el apoyo del alcohol. Experimenta, en este caso, un conflicto personal: sinceramente quiere cuidarse, sin embargo, aún no sabe si podrá vivir sin alcohol, por eso no puede precisarlo claramente. En ese estadio, el alcohol corresponde a algo positivo en su vida. El conflicto es éste: la persona sabe que el alcohol es malo para ella; sin embargo, afectiva y físicamente, permanece apegada a él.

Se trata ahora de hacer un diagnóstico de funcionamiento personal, para que cada persona pueda localizar su punto débil, el que la pone en peligro.

- Algunos utilizan el alcohol para sentirse bien cuando se relacionan con otros, el alcohol hace que desaparezca su ansiedad y así pueden hablar con más facilidad. Utilizan el alcohol para “hacer relaciones”, para no sentirse diferentes a los que consumen. No poderse sentir como todos, ni poder beber “como todos” les duele.

- En otros casos lo utilizan para sentirse mejor con ellos mismos, el alcohol está unido a una representación mental, forma parte de su identidad. Las personas que han conocido, siempre bebían. El hecho de dejar de beber lo viven como una amputación: algo esencial les falta. Porque representa para ellos la fuerza, la alegría, la buena convivencia, el sentimiento de poder que se siente bajo sus efectos. Estas representaciones no resultan fácilmente accesibles, ya que están insuficientemente concienciadas. Cuanto menos advertida esté la persona, más riesgo existe de re-alcoholización; si se da el caso, dicen con frecuencia: “no sé lo que me invadió”, lo cual expresa un deseo imperioso contra el que la persona parece desarmada.
- Algunos consumen para olvidar unas condiciones de vida difíciles de sobrellevar, obligaciones y contrariedades, con el objetivo de evadirse, aportándose algo de bienestar. Entre estas personas, existen algunas realmente depresivas. El alcohol es un medio de compensación que les permite sobrevivir, alejándose de los problemas, a pesar de las dificultades. Estas personas evitan hacer frente a su depresión y, por evitarlo de forma repetitiva, caen en la trampa del alcohol.
- El alcohol puede tener también la función defensiva de mantener a los otros a distancia para esconder los miedos en la relación con los otros, para poder evitarlos o acercarse a ellos sin sentirse culpable u obligado. Algunas conductas pueden realizarse únicamente bajo los efectos del alcohol, como por ejemplo reunirse con una persona que tenga un cargo de autoridad. En ese contexto, una persona utiliza el alcohol como un filtro o una muralla entre ella y los demás.
- Otra función defensiva es pretender evitar la ira: puede ser el caso de los impulsos que desencadenan alcoholizaciones masivas. Para evitar lo peor, una persona se alcoholiza. Son reacciones cortocircuitadas debido a que la persona experimenta una considerable emoción, que le resulta insostenible, y se precipita sobre el alcohol: tras una disputa con el compañero, una persona compró 10 botellas de vino blanco y se tomó siete botellas. En un caso semejante, la insostenible emoción puede producir de repente ganas de matar o de suicidarse.

- El alcohol forma también parte de los hábitos y una persona puede sentirse privada de algo si no sigue consumiendo. Es una dificultad comparable a la de un diabético que acaba de descubrir que no puede seguir consumiendo determinados alimentos que le gustaban especialmente. Las recaídas de un enfermo alcohólico son comparables a las de un diabético que no consigue abstenerse y no sigue su régimen correctamente; la persona no puede aún renunciar al alcohol que le da placer.
- Cuando el consumo es crónico y cotidiano, la persona ya no sabe para qué le sirve el alcohol. Consume para no sentir físicamente la falta del producto. Cualquier tipo de reflexión sólo es válida si esa persona deja el alcohol. Y ésta vive en la ambivalencia: “quiero dejarlo, pero no quiero sufrir los efectos de la abstinencia”.
- Las personas pueden no estar preparadas para avanzar por el camino de la abstinencia. Quizá den un paso y se cuiden durante un tiempo y luego, cuando encuentran demasiadas dificultades, dan un paso atrás. Un paciente nos decía simplemente: “no tengo ganas de salir de mi problema con el alcohol”. Es importante acoger a los pacientes que sienten esto y comunicarles que, para nosotros, ellos son los importantes, sea cual sea su relación con el alcohol. Con frecuencia, los pacientes no vuelven más a la consulta, creyendo que nos decepcionan con sus recaídas. Pero son ellos los que se desaniman.

Aprender a renunciar al alcohol

Para que sea fértil, el trabajo de abstinencia no debe significar una pesada obligación o un incordio, sino introducir cosas nuevas en la vida de una persona. Los pacientes que no consumen dicen con frecuencia que la abstinencia no es un objetivo en sí, sino un medio para vivir bien. Diversos medios concretos pueden constituir una guía en este camino de la feliz abstinencia:

- Es útil fijarse límites claros en la vida: la alcoholización significaba la ausencia total de límites, en la medida en que suponía la ilusión de que todo era posible (en el imaginario). La jornada puede fraccionar-

se en partes mediante rituales: “Tras la cura, cuando volvemos a casa, tenemos mucho tiempo; cuando bebíamos, habíamos perdido todo nuestro tiempo. Ahora es necesario llenar ese tiempo libre: estar desocupado puede exponernos a una recaída”, decía un paciente. Estructurar el tiempo aporta sentido al desarrollo de la jornada. Es una actividad que debe invertirse positivamente; al final de la jornada, el paciente estará contento de sus logros.

- Es útil aprender a planificar la semana, aprendiendo también de ese modo a anticipar lo que puede ocurrir. Cada noche, por ejemplo, la persona puede proponerse lo que hará al día siguiente y cómo lo hará, cuidando mucho de prever lo que realmente pueda realizar. Así, aprende a apartarse del “todo y rápido” que la exponía a la decepción cuando no conseguía realizar sus deseos, y que suponía una razón para alcoholizarse. Se trata ahora de moderación, mientras que antes estaba instalada en el exceso debido a la alcoholización. Al planificar la jornada siguiente y, más tarde, la semana, es bueno incluir acciones o encuentros que aporten alegría y distensión, como por ejemplo hacer deporte.
- Aumentar la propia tolerancia a la frustración requiere decir no al alcohol, aunque las ganas estén ahí. Existen diversos funcionamientos: algunos se alcoholizan cuando sienten muchas ganas de beber “es una pulsión”, dicen. Otros sienten las ganas, pero se alcoholizan más tarde, aplazan el deseo de beber. Este aplazamiento será verdaderamente eficaz cuando las personas hayan aprendido a conseguir que se les pasen las ganas de beber, sin utilizar la compensación del alcohol. Esto resulta posible cuando reemplazan la alcoholización por un razonamiento, por palabras, por un verdadero diálogo con ellas mismas que les permita encontrar sentido en su vida cotidiana. La necesidad de alcohol puede reemplazarse por palabras o acciones investidas por la persona, que aportan algo nuevo a su vida.
- Renunciar a lo imaginario requiere trabajar las representaciones ligadas al alcohol en la vida de cada cual, intentando reemplazarlas. Si el alcohol “da fuerza”, el paciente puede buscar en qué actividad o en qué relación personal puede encontrar esa fuerza, y qué efecto

tiene sobre su vivencia, de qué manera se siente fortalecido y qué le hace crecer. Si el paciente piensa que debe beber para “ser un hombre”, puede buscar qué significa para él ser un hombre y con qué personas se siente cómodo, es decir, no amenazado sino animado a ser exactamente él mismo, sin artificios. Si el consumo de alcohol está asociado al hecho de estar con los otros, el paciente puede preguntarse cuáles son sus verdaderas amistades y cómo puede construir sus relaciones. Algunos pacientes se sienten “obligados” a beber en determinadas circunstancias, como antes de acostarse o en contextos específicos, ya que no pueden “imaginarse” otra solución. Aprender que pueden aplazar incluso esa necesidad los conforta en su propia estima, y se sienten de ese modo “más fuertes” en la medida en que aprenden a apoyarse en sí mismos.

- Los pacientes deben desconfiar de la soledad y el aislamiento. El consumo de alcohol en esos momentos reemplaza a la persona que les falta. La soledad acarrea fácilmente tristeza e incluso depresión. Es necesario construirse activamente una nueva red de relaciones y de amistades.
- Si la persona está insatisfecha con su vida, puede hacer uso de la paradoja, tratando de cambiar de perspectiva, preguntándose cómo la ven los demás, en particular aquellos que aprecia y con los que se siente confiada. ¿Cómo será dentro de un año? Es deseable abordar estas cuestiones con un acompañante capaz de ver lo positivo.
- En caso de labilidad del humor, irritabilidad (encolerizarse con facilidad), lo cual puede ocurrir con la privación, es importante aprender a dominar las emociones negativas. Investigaciones recientes muestran que cuando las personas no controlan su temperamento colérico, tienen tendencia a seguir funcionando de la misma manera. Dicho de otro modo: lo negativo engendra lo negativo. Por el contrario, cuando aprenden a controlar sus emociones negativas, éstas disminuyen. Este aprendizaje es posible si las personas relativizan su vivencia (negativa) del momento porque se apoyan en lo positivo.

Renunciar al alcohol no es cuestión de un momento. Un paciente que dice durante un tratamiento; “ya está, ha sido mi disparador, no volveré a

beber”, corre el riesgo de caer en una ilusión por la euforia que proporciona el tratamiento. Podemos responderle: está satisfecho porque no ha bebido hoy y porque hoy no necesita alcohol. Es siempre capital proponerle al paciente que se cuestione, de la forma más exhaustiva posible, sobre el sentido que ha tenido el alcohol en su vida personal, y a continuación que observe lo que da sentido a su vida: todo lo que le aporte cosas positivas, permitiéndole tener esperanza, amar, ver el porvenir positivamente y ser feliz.

PLANTAR CARA A LA ADVERSIDAD

Las personas que acaban de realizar una cura, a veces preguntan: “¿Cómo puedo hacer frente a las agresiones de los otros?”. Es una cuestión delicada. Las personas que lo preguntan han tomado conciencia de su fragilidad ante la posibilidad de una re-alcoholización, y ahora les faltan sus protecciones habituales frente a los otros. A veces expresan: “me siento desnudo cuando estoy con otros”. El alcohol constituía un filtro en su relación con el mundo exterior, pero ahora, debido a la modificación de su vivencia emocional, ese filtro ya no está. Y como dice un proverbio: “el verdadero carácter se rebela en la adversidad”, la persona está llamada a existir tal y como es en realidad en su relación con el mundo exterior, con sus luces y sus sombras, su fragilidad, sus dudas, no teniendo siempre la moral como la podría tener con sus problemas físicos. Esta persona puede responder al desafío movilizando nuevos recursos interiores. ¿Podrá hacerlo?

La adversidad en sí mismo

Al salir de una cura ambulatoria o realizada en un hospital o un centro especializado, se aborda el mundo exterior con temor. La persona se confronta inmediatamente con la vergüenza: “¿qué van a pensar de mí?”. Siente que la juzgan, aunque no expresen sus juicios de forma directa. Percibe hostilidad en los otros y se defiende como puede. Es importante no dejarse absorber únicamente por la mirada de los otros. La adversidad existe ya en los propios funcionamientos y comportamientos de la persona:

- La persona debe hacerse a la idea de que el alcohol ya no es bueno para ella. Ahora bien, debido a las ideas recibidas corre el riesgo de caer en sus trampas y debe intentar desmontarlas para encontrar recompensa, consuelo, apoyo, acompañamiento y fuerza en otro lugar y de manera continuada. El amor propio puede constituir otra trampa. Hablando de su recaída, un paciente dice: “cuando hice mi cura, me sentía bien. Cuando salí, me mantuve abstemio durante tres semanas. Pero como me sentía más fuerte, me dije: voy a ver si puedo beber”.
- La definición de abstinencia es no consumir ninguna bebida alcoholizada. Ahora bien, con frecuencia las personas dicen durante su tratamiento que no se sienten preparadas para enfrentarse a ese tipo de abstinencia. Se las arreglan para encontrar su propia definición de abstinencia: no consumir en la mesa, pero sí en el bar cuando las invitan; no consumir todos los días pero abrir “un buen vino” cuando tienen invitados...
- En todos los casos, la persona debe encontrar en sí misma las razones por las que el alcohol ya no es bueno para ella y luego llevar a cabo la abstinencia como un medio de estar bien. Para ello, debe hacer la experiencia de un periodo de abstinencia y observar que realmente vive mejor: se encuentra más dinámica, encuentra su capacidad de expresarse en las relaciones con los otros, se levanta más temprano por la mañana y en forma, sus temblores desaparecen y vuelve a tener una escritura normal, permanece despierta las noches que recibe amigos en casa... Aquí también, cada cual debe encontrar sus propios ejemplos.
- En determinados momentos, la persona puede tener ganas de beber alcohol. Siente esas ganas en su sensibilidad cuando la persona recuerda situaciones en que el alcohol estaba asociado al placer compartido con los otros. Siente también frustración en estos casos por no poder sentirse igual que los otros. En todo caso, siente desigualdad frente al alcohol, ya que los otros pueden beber mientras que ella no. Esas ganas de beber se desencadenan con frecuencia en

situaciones en las que siente frustración: una mala noticia, dificultades en la relación con otra persona, una tarea que se deseaba realizar mejor o incluso por estar solo por la noche. Un paciente dice: “cuando ponía la mesa para mí solo, sólo un cubierto y un plato, no podía comer nada; fue entonces cuando tuve la tentación de volver a beber”. Detrás de esos momentos de tentación, podemos percibir fácilmente las necesidades fundamentales del ser humano, necesidad de sentirse reconocido, acogido, seguro, amado y apreciado, de sentirse uno mismo y de que existimos para alguien.

- Las ganas de beber pueden sentirse físicamente. El cuerpo reproduce en la memoria los efectos psicotrópicos del alcohol, recordando a la persona en qué situaciones y circunstancias se alcoholizaba, especialmente cuando ésta tiene problemas de sueño, tensión nerviosa, angustia, tristeza o fatiga. El alcohol era el medio de soportar esas situaciones. La persona debe ahora encontrar otros medios que la alivien, tal vez menos rápidamente, para enfrentarse a su vida cotidiana.
- La persona debe descubrir en su comportamiento otros actos reflejos. En el plano empresarial, es costumbre ofrecer “una copa” para cerrar un trato; cuando se acoge a un amigo en casa se propone un “brindis”. Un paciente dice: “Compré un coche nuevo. Estaba claro que debía bautizarlo junto a mis hijos con una botella de champán. Entonces, descorché la botella y ofrecí una copa a mis hijos. Ellos bebieron, y yo me serví un zumo de frutas. Me sentí bien durante todo el tiempo”.
- A veces es el miedo a la propia valentía lo que constituye una trampa. A la persona le invade la duda sobre su capacidad de sacar adelante su abstinencia. A este respecto, debemos decir que esta persona aún no ha tomado plenamente conciencia del potencial sobre el que puede apoyarse para vivir de otra manera.

La adversidad en los otros

Con frecuencia, los pacientes necesitan tiempo para delimitar la amplitud de su problema. Perciben de forma más natural la adversidad en los

otros, es un reflejo protector elemental. Si se sienten mal, sienten que el problema viene de otra parte e intentan protegerse: “si bebo es por culpa de mis padres, ellos me hicieron beber desde que tenía 11 años”. Una persona así, vive mediante un mecanismo de justificación y pretende arreglar cuentas con las personas de su pasado, dicen: “quisiera que comprendieran que es culpa suya”. Podemos responderle que, aun siendo exactamente así, en la actualidad ya no son sus padres quienes le obligan a beber, es ella misma quien toma el vaso. Y podemos invitarla a cambiar de actitud: el problema está en ella, es necesario que se haga cargo. Si se empeña en intentar convencer a sus padres, perderá mucha energía y quizá sus padres ni siquiera admitan su responsabilidad. Es preferible separarse interiormente de los padres y ocuparse de sí mismo.

No obstante, los pacientes se encontrarán inevitablemente con determinados comportamientos de los otros que los pondrán en dificultades.

Después de una cura, deben encontrar su lugar en la casa: los otros miembros han continuado viviendo, han ocupado el lugar del enfermo y no están forzosamente preparados para dejárselo de nuevo. En ciertos casos, antes de irse para realizar su cura, el paciente ya no cumplía con sus responsabilidades. Los demás habían comenzado ya a asumirlas por él y pueden desconfiar de sus capacidades reales para asumirlas ahora. El paciente puede ser acogido de forma moderada, con cierta desconfianza, en especial en lo referente a su capacidad para no volver a alcoholizarse.

En la vida cotidiana, después de un cierto tiempo de la cura del enfermo, su entorno quizá intente ajustarle las cuentas. Le pueden recordar sus promesas y compromisos incumplidos, sus mentiras. Pueden insistir sobre sus debilidades mediante palabras hirientes. El paciente, que ya se siente en un estado de debilidad, se sentirá además humillado.

En su entorno, la familia en particular, se sienten incómodos con el paciente. Ellos también sienten vergüenza de la enfermedad alcohólica, de tener en la familia a alguien que tiene ese problema. Este aspecto se exacerba con cada recaída. Una esposa dice: “¿Sabe?, el alcoholismo es la peor de las enfermedades”.

En una reunión familiar, puede que se sirva una copa a todos los presentes, excepto al enfermo, si además este hecho viene acompañado de

estas palabras: “tú no, no bebas” o “tú no te sirvas una copa”, el paciente puede reaccionar mal, sentirse humillado. En ocasiones, colocan al enfermo en la mesa de los niños debido a que desconfían de su capacidad de no consumir. En general, con estos comportamientos lo infantilizan.

Otro tipo de comportamientos son claramente perniciosos: un cónyuge puede alcoholizarse delante del enfermo, ostentando cierto placer y bromeando sobre la abstinencia. Un paciente dice: “es como si quisiera ponerme el vaso en la mano”.

En caso de re-alcoholización del enfermo, puede ocurrir también que el cónyuge intente controlar su consumo, comprándole una determinada cantidad por día, guardando las bebidas bajo llave e intentando vigilar al enfermo, con la vana esperanza de “limitar los estragos”. Pero la acción de consumir o abstenerse es algo que compete únicamente al paciente.

En ocasiones, sus cónyuges parece que prefieran a los enfermos en estado alcohólico. Esto puede proporcionarles un cierto poder en el hogar, en la medida en que el paciente no puede discutir ese poder. Por otra parte, con frecuencia el cónyuge del paciente subraya que el enfermo ha cambiado tras el tratamiento: “Me he encontrado con alguien que no conozco, ya no bebe, es cierto, pero es otra persona con la que me cuesta mucho trabajo concordar”, decía una esposa, diversos meses después del tratamiento de su cónyuge.

Existe también un comportamiento sutil que puede poner a una persona en dificultades. Se trata de cuestiones relacionadas con la abstinencia y su mantenimiento, y la posibilidad de su restablecimiento y su curación del problema del alcohol, pues existe comúnmente la creencia de que “si un enfermo se ha cuidado durante cierto tiempo, luego podrá volver a beber”. ¿Puede realmente volver a beber? Un paciente nos da su respuesta:

“No sé si estoy curado. Muchas de las personas con las que me encuentro me dicen que después del tiempo que hace que no consumo, me encuentran bien física y moralmente, y que tengo buen humor. Acaban siempre haciéndome esta pregunta: ‘¿cuándo podrás beber de nuevo?’. Como si el hecho de no beber más no pudiera durar indefinidamente. Actualmente, la respuesta está muy clara en

mi cabeza, y les digo: sí, estoy curado. En tanto que no beba, estaré efectivamente curado. Cuando comencé mi abstinencia, la gente no me hablaba demasiado de mis problemas con el alcohol, pero a medida que pasaba el tiempo, mostraban más curiosidad por saber: '¿cuánto hace que no has bebido?... ¿realmente no sientes la falta de alcohol?... ¿es muy duro?...'. Ahora, después de más de dos años, me dicen: '¿cuánto bebías por día?... ¿por qué lo dejaste?... ¿cómo lo dejaste?'. Pero me di cuenta de que no era realmente mi problema con el alcohol lo que les interesaba, sino el suyo propio. Ahora me dicen: 'yo consumo esta cantidad, ¿crees que es demasiado?' O también: 'en estos momentos tengo muchas diarreas, quizá deba parar un poco, ¿crees que debo ir al matasanos?'. Les respondo siempre que no esperen demasiado, que no esperen a tener un accidente, como me ocurrió a mí. Cuando alguien se hace estas preguntas es que necesita consultar a un especialista para obtener ayuda cualificada. También he observado que estas personas me preguntan cómo lo dejé, pero no por qué lo dejé; no me hablan de todo el tiempo que necesité ni cómo pasé todo ese tiempo sin alcohol, no hacen preguntas respecto a las dificultades. Yo no les digo que es fácil para animarlos, ya que eso sería mentir, pero tampoco puedo hablarles de las dificultades. En todo caso, dejarlo vale la pena, se está realmente mucho mejor: esto es lo que les respondo con mucho gusto. No obstante, cuando me hacen muchas preguntas de ese tipo me siento mal, es como si yo también estuviera en peligro debido a sus comportamientos frente al alcohol".

Afrontar la adversidad

Antes que nada, esta cuestión hay que tratarla cara a cara con uno mismo. Es importante que la persona prevea en su cabeza las diferentes situaciones a las que quizá deba enfrentarse, en lugar de dejarse sorprender por ellas; si no lo hace, su antiguo funcionamiento reflejo se impondrá y la persona reaccionará con una alcoholización frente a determinadas dificultades, tal como tenía la costumbre de hacer antes.

Hemos hablado ya del papel de la conciencia profunda en lo que respecta a tomar decisiones, especialmente para saber si un acto es bueno para uno. Un paciente que estaba atravesando un periodo difícil de su vida, en el que había tenido la tentación de re-alcoholizarse, dice que se hizo la siguiente pregunta: “¿Qué me aportaría alcoholizarme?”. Y se respondió: “Solamente más problemas”. Es una manera de utilizar su conciencia profunda y de entrenarse en la observación de su panorama interior, antes de tomar la decisión. La persona aprende así a no reaccionar de forma refleja, sino con sabio consentimiento y aceptación. El amor propio, por ejemplo, así como las ideas pueden atrapar a una persona en la trampa (“debo ser más fuerte”... “una copa no me hará daño”... “beberé para molestar a los otros”). Las ganas de beber alcohol son percibidas en la sensibilidad de manera considerable. En el plano corporal, se reviven los efectos psicotrópicos del alcohol. La presión que los otros ejercen se puede percibir de forma considerable, apareciendo el deseo de no ser diferente, sino como los demás. Mentalmente, la persona puede recordar lo difícil que resultó salir de cada re-alcoholización, así como las consecuencias físicas ocasionadas por los efectos tóxicos del alcohol. En esos momentos de duda, es difícil conectar con lo profundo de uno mismo, ya que la persona duda de su capacidad y de su potencial. Puede ayudarle el hecho de decirse a sí misma que una re-alcoholización significa un retroceso, cuando lo que cuenta es dar un paso adelante, y pensar en alguien que pueda ayudarle a dar ese paso. Para llevar a cabo el trabajo de la abstinencia, es útil preguntarse cada día qué aspecto positivo de sí misma le servirá de apoyo para vivir la jornada. De ese modo, se entrenará en la adquisición de nuevos actos reflejos. Un paciente escribe:

“Al principio de mi abstinencia, me sentía incómodo cuando tenía que hablar con otras personas, es decir, con los compañeros del trabajo y los vecinos. Aprendí enseguida a hablarles para que no se sintieran afectados por lo que les decía, controlaba sobre todo mi eventual agresividad, ya que yo estaba siempre a la defensiva, así que me sentía preparado para todo cuando estaba en grupo. Ellos me comprendieron rápidamente. Ahora, cuando alguien trata de hacerme beber, reacciono muy bien. Dado que yo tengo algo de

experiencia, rechazo su invitación con diplomacia. Ya no tengo miedo de hablar, y busco siempre las palabras exactas frente a las diferentes personas. Muchas personas ignoran esta enfermedad”.

El trabajo de la abstinencia es un trabajo en solitario, mano a mano con uno mismo. Cuando una persona se compromete con este trabajo revoluciona su vida. Cuando se alcoholizaba, la persona estaba instalada en la repetición constante. Aunque al principio encontraba placer alcoholizándose, a medida que aumentaba su tolerancia al producto, cada vez tenía que tomar dosis mayores para sentir sus efectos y además ya no le producía casi ningún placer. Debía seguir bebiendo para evitar los temblores, los vómitos, la irritabilidad. En el plano psíquico, alcoholizándose evitaba las obligaciones, las frustraciones y cualquier sensación penosa. Afrontar todas esas dificultades supone una revolución para una persona, ya que comienza a asumir su soledad y todo lo que percibe como falta de reconocimiento, acogida, seguridad y amor.

En la relación con los otros, afronta también las agresiones. Es importante que la persona se anticipe a los acontecimientos, a sus propias palabras; ella conoce a esos otros y sabe cómo pueden reaccionar. Puede practicar un diálogo con ellas en su interior para que no lo cojan desprevenido, lo que podría significar repetir situaciones cuya trampa es la re-alcoholización.

La confrontación con el otro la coloca también frente a sí misma, en particular frente a sus propios límites y sus decepciones. En una relación de pareja, uno de los miembros quizá quiera ocuparse del otro tratando de convencerlo y de arreglar sus problemas. Pero hay que aprender a ocuparse de sí mismo primero; tanto si se trata de un paciente alcohólico que ya ha realizado una cura y cuyo cónyuge aún bebe, como si se trata de una persona que no se alcoholiza y que vive con alguien que sí lo hace; el alcoholismo es una enfermedad que afecta a toda la vida familiar. Ocuparse del otro es una manera de evitar ocuparse de uno mismo, igual que las constantes alcoholizaciones suponen también una evitación. A veces, una persona debe forzarse y obligarse a reaccionar de otra manera en lugar de repetir comportamientos reflejos aprendidos. Entre esos comportamientos reflejos aprendidos se encuentra también el de ocuparse de los otros en lugar de ocuparse de uno mismo.

Hacer frente a la adversidad no es una invitación a aprender a combatir con el otro. No se combatirá al adversario con sus propias armas: no es como un juego de ping-pong, en el que cada jugador cuenta sus puntos, no se trata de una relación de fuerza, el otro puede ser más fuerte en ese ámbito, y debemos recordar lo que nos ha ocurrido en la relación de fuerza establecida con el alcohol: éste ha sido siempre más fuerte. La adversidad se afronta mediante el cambio interior, otorgando cada vez más importancia al crecimiento de lo mejor que hay en uno mismo, apoyándose en ello y procurándose nuevos comportamientos reflejos.

ACEPTAR LA ENFERMEDAD

La aceptación es un paso interior. Se trata de hacer frente a cualquier realidad nueva que impone un cambio de vida. Por ejemplo, cuando un médico le dice a un enfermo deprimido que estima necesario que sea hospitalizado y reciba cuidados para poder curarse rápidamente, con frecuencia el enfermo lo rechaza, ya que no todos consideran la depresión como una enfermedad grave. Muchas personas piensan que es suficiente con “sacudirse” un poco para que la depresión desaparezca. Por el contrario, cuando un cirujano propone una operación de apéndice, todos aceptan, ya que saben que, de rechazarla, pueden morir de peritonitis.

Las etapas del camino de la aceptación

En los años 1970, observando las reacciones de los pacientes afectados por una enfermedad mortal, Elisabeth Kübler-Ross² describió cinco fases en las que el paciente reacciona de forma diferente al anuncio del diagnóstico de su enfermedad. Luego, hemos constatado estas reacciones en otros enfermos que padecen enfermedades crónicas, y podemos pensar que se trata de una constante concerniente a las resistencias frente a una enfermedad ineludible. Las etapas son:

2. Elisabeth KÜBLER-ROSS, *Les derniers instants de la vie*, Labor et Fides, 1983.

- **El rechazo del diagnóstico**

El paciente se sirve de la denegación y de su sistema de defensa para no reconocer su enfermedad. Sólo él puede avanzar, sólo él puede tomar la decisión de cuidarse y, para ello, debe reconocer que sufre, que está enfermo. Este testimonio lo explica:

“Cuando me di cuenta de que estaba enfermo, no sabía qué hacer. Dejar el alcohol fue terrible para mí y para mi familia: ellos me hablaban y yo continuaba bebiendo; en el estado en que estaba, no quería oír nada, hasta el día en que recibí una carta del centro de alcoholología. No reaccioné enseguida, dejé la carta en cualquier lado, pero una semana más tarde telefoneé y obtuve una entrevista: fue el disparador y el proceso se puso en marcha. En lo que concierne a mis resistencias, me tomaba a broma la cuestión de la alcoholización, o incluso más, creía que yo no era normal, ya que veía a otras personas bebedoras y jamás les ocurría nada, mientras que a mí... yo siempre estaba mal cuando bebía. Luego me cuestioné y me dije que debía hacer algo por mí y por mi familia”.

Luchar contra los propios comportamientos agota, desanima y no sirve de nada a la larga. En caso de re-alcoholización, por ejemplo, es aconsejable aceptarla enseguida y buscar otra vía que no sea alcoholizarse de nuevo, y esta vía es hablar de ello. En algunos casos, la alcoholización permite evitar lo peor al aliviar la insoportable angustia. Es imprescindible reconocer esa fragilidad, pues esto permite al mismo tiempo liberarse de las sensaciones negativas ligadas a la alcoholización.

No es eficaz querer forzar el obstáculo. Intentar controlar su consumo, cuando una persona ya ha comprobado muchas veces que no puede conseguirlo, no es satisfactorio. Pero ¡qué difícil es aceptar la recaída cuando aparece!

Cambiar a los otros no es posible. Negar ante ellos la alcoholización, cuando se dan perfecta cuenta, no es satisfactorio. Pero el enfermo puede engañarse durante mucho tiempo pensando que ¡ellos no ven nada!

Es iluso pretender cambiarse a uno mismo a la fuerza, a golpes. Hacer como si estuviera curado de su dependencia del alcohol y “beber como

todo el mundo” provoca la recaída del paciente en problemas de salud relacionados con la intoxicación (malestares, accidentes, dificultad para acudir al trabajo, trastornos del sueño, depresión). Con cierta regularidad, estos pacientes toman conciencia de que no pueden seguir viviendo así. Se preguntan qué hacer. ¿Conseguirán salir adelante solos?

- **Irritabilidad, agresividad**

Los pacientes se encuentran en un estado de fragilidad tal, que pueden reaccionar de forma hipersensible a las tentativas de su familia o de sus colegas de trabajo para que moderen su consumo. Esta agresividad está inducida por el efecto del alcohol que desata la palabra, lo que permite a los pacientes agredir a los otros. También puede provocar agresividad en un paciente la falta de alcohol. La agresividad es también una reacción defensiva: el paciente agrede a los otros porque no quiere enfrentarse a su problema, como se constata en el ejemplo siguiente:

“Me di cuenta de que tenía problemas con el alcohol a los 22 años. Por la mañana, cuando tenía que ir a trabajar, me sentía mal, sin fuerza, sin ningunas ganas de trabajar. Tenía temblores, era agresivo, necesitaba beber un litro de vino, blanco preferentemente, o si no lo que tuviera a mano. A las 10 de la mañana, lo mismo, al mediodía bastante menos, pero necesitaba beber para poder hacer mi trabajo. Raramente bebía durante las comidas para que los demás no se dieran cuenta, pero lo necesitaba por la noche para dormir. Las preocupaciones iban en aumento”.

El regateo

El regateo se manifiesta como una negociación con uno mismo y/o con los otros. Un testimonio nos lo muestra:

“Antes de mi accidente de circulación, no recuerdo haber pensado en serio que tuviera un problema con el alcohol. Hice dos o tres curas de desintoxicación en el hospital, pero cada vez me decía: hago una pausa durante dos o tres meses, y luego podré beber de nuevo tranquilamente, sin exagerar. Pero ahora, mirando hacia

atrás, me doy cuenta de que al comenzar de nuevo a beber, cada vez necesitaba menos tiempo para volver al consumo anterior y además iba aumentándolo cada vez más. Cuantas más estancias en el hospital, más me hundía en el alcoholismo. Para mí, en esa época, la enfermedad alcohólica no existía, era un bebedor que no conseguía controlarse, como me había ocurrido ya con las drogas duras: heroína, cocaína, LSD, etc”.

La depresión

Se vive como una especie de resignación. El paciente se encierra en sí mismo, lucha por controlar su consumo. Mientras realiza estos esfuerzos infructuosos, puede perder su trabajo, su casa, separarse de su pareja. El paciente puede vivir ese estado como una fatalidad que le impide reaccionar. Clínicamente, no siempre se diagnostica esta depresión como tal, ya que el paciente tiene otros síntomas además de los de la depresión clásica: con frecuencia, el paciente no se queja de nada o se queja de un síntoma “conformista”, quiere ser “como todos”, puede quejarse de fatiga a la que intenta hacer frente. El ejemplo siguiente nos lo explica:

“Llegó la catástrofe, bebía más que antes, ya nadie tenía confianza en mí, y sin embargo no era ningún holgazán y sabía trabajar bien. Me hacía falta dinero, no llegaba a fin de mes, mi casa estaba en venta, tenía que pagar las letras. Bebía cada vez más para olvidar. A esto siguió el divorcio. Hice diversas curas sin resultado. Soy débil por naturaleza a pesar de las apariencias, y no podía soportar el sufrimiento; sabía que no debía beber más, pero me decía: ‘voy a intentar regular mi consumo y beber sólo durante las comidas’, quería ser como todo el mundo, todo el mundo supuestamente normal. He necesitado llegar a los 49 años para aceptar mi enfermedad”.

Podemos observar comportamientos extraños y difíciles de comprender. Puede ocurrir que un paciente se mantenga abstemio durante cierto tiempo y que luego empiece a beber de forma brutal. De re-alcoholización en re-alcoholización desemboca en una recaída consumiendo cantidades considerables. Frente a estos comportamientos, los equipos de cuidadores

dicen con frecuencia “es como un resorte estropeado”. Algunos pacientes llegan a una espiral de autodestrucción: pierden sus trabajos, sus parejas, sus apartamentos. Llegan cada vez con más frecuencia al hospital con una intoxicación alcohólica aguda; para los médicos, es un comportamiento equivalente al suicidio y algunos de ellos son hospitalizados en el servicio de psiquiatría a falta de otro tipo de estructura más adaptada. Al pedirle a un paciente que nos dijera qué es lo que pasó por su cabeza, tras una nueva alcoholización masiva, respondió: “una botella... sólo pensaba en beber”. En otro momento nos había pedido lo siguiente: “enciérrenme de por vida para que no pueda beber más”. Este paciente habla con gusto del periodo en el que no se alcoholizaba y trabajaba. Su problema de fondo es que parece que no puede aceptar su re-alcoholización y por ello perpetúa su repetición. En tanto un paciente no acepte su problema (que se alcoholiza, que es un enfermo alcohólico y que no puede ser “como todo el mundo”) no podrá dar el paso necesario para poder iniciar un tratamiento.

- **La aceptación**

En este caso, el paciente participa en el tratamiento. Identifica la enfermedad, se prepara para conocerla; el paciente se sabe enfermo y comienza a creer en una mejora posible, caminando hacia la abstinencia:

“Durante mis diversas épocas de privación, los cuidadores bien que me decían que el alcohol era malo para mí, que debía dejarlo. Yo ya lo sabía, pero cómo hacerlo, cómo aceptar mi enfermedad. Pero, bravo por el grupo, uno pueden organizar sus cuidados gracias a él; sí, lo vi claro, vi el camino que debía tomar ya que ellos se esforzaron por mostrármelo. Seguirlo era cosa mía. Cuando conseguí aceptar mi enfermedad, mi vida dio un vuelco. Estaba orgulloso en lo profundo de mí mismo, tenía las ideas más claras. Los debates sobre el alcohol suponen un camino sin retorno. No intento justificarme ni siento temor de que no me crean, pues he aceptado esta enfermedad: es así, y no tengo que rendir cuentas a nadie sobre mi pasado”.

Conservar en el espíritu estas diversas fases ayuda a abordar a los pacientes dependientes, la cuestión es cómo conmover al paciente y no

dejarse desanimar por sus reacciones defensivas, para que ni el paciente ni su entorno se instalen en la denegación y la pasividad, y dejen de creer en un posible cambio. Es inútil intentar convencer a un paciente irritable o a un paciente alcoholizado. Es mejor esperar a la fase en que sea posible la negociación, ya que es el momento en que el paciente está preparado para intentar cualquier cosa, incluso aunque no esté convencido de su utilidad. Puede resultar más fácil conmovier a un paciente que se encuentre en una fase depresiva, mostrándole comprensión. Podemos decirle entonces, con tacto y firmeza, lo que constatamos en él.

La aceptación en los dependientes del alcohol

Podemos hablar de aceptación a partir del momento en que el paciente da el paso para cuidarse, cuando ya ha traspasado las etapas de sus resistencias. Esto ocurre de manera progresiva, avanzando y retrocediendo. La aceptación raramente es definitiva. La dependencia del alcohol es una enfermedad crónica y, al igual que otras enfermedades crónicas, tiene etapas de relativa estabilidad, de recaídas, de progresos. La aceptación es un paso activo: el paciente debe hacerse cargo de su enfermedad para aprender a vivir con ella, limitando sus efectos sobre él. Es importante que se reconozca enfermo, que se documente sobre la enfermedad, que aprenda a vivir con esta enfermedad, que tome las diversas medidas necesarias para cuidarse de manera satisfactoria; luego, tiene que desarrollar su parte sana, con el fin de ganarle terreno a la enfermedad. Un paciente escribe:

“Me di cuenta de que estaba enfermo sólo cuando me lo dijeron, cuando me explicaron en qué consistía la enfermedad del alcoholismo, es decir, después del accidente que casi me costó la vida. En mi cabeza quedó muy claro esto: o bebes y mueres, o vives. Elegí la dificultad de vivir sin alcohol y hoy, gracias a todos los que me han ayudado, estoy muy orgulloso y muy contento de poder elegir lo que voy a hacer a lo largo de mis días. Ya no es el alcohol quien dirige mi vida, sino yo”.

Conclusión

8

Estar afectado de la enfermedad del alcoholismo y no cuidarse es tan grave como rechazar los cuidados en caso de cáncer, ya que es una enfermedad que conduce a una decadencia lenta y progresiva de las fuerzas físicas, afecta a diferentes órganos vitales, modifica la personalidad y produce debilitamiento intelectual, todo lo cual desemboca en la muerte. Ahora bien, existe un medio muy sencillo de hacerse cargo: abstenerse de consumir bebidas alcohólicas.

El desarrollo de la dependencia del alcohol es insidioso: para muchas personas, el alcohol forma parte de la vida como si se tratara de un alimento. Los pacientes se dejan atrapar en la trampa mediante hábitos de consumo que responden a diversos tipos de disfunciones, como la alcoholización con finalidad compensatoria tras una pesada jornada de trabajo o para evitar hacer frente a obligaciones, o incluso para buscar sensaciones fuertes, como puede ser el caso de los jóvenes que consumen ocasionalmente buscando la ebriedad. Cuando se llega a la dependencia física, la trampa se cierra y es demasiado tarde para volver al consumo “moderado” o “controlado”; la dependencia psíquica ya había empezado mucho antes, cuando se buscaba alivio, distensión o estimulación en un contexto particular de consumo distendido con otros. Muchos tipos de funcionamiento psíquico pueden abrir la vía de la dependencia, la imagen del alcohol “que da fuerza” o la idea de que “un hombre debe beber”. Sin ningún tipo de cuestionamiento, la sociedad ofrece múltiples pretextos que incitan al consumo. Para tomar las propias riendas, es esencial ser consciente de los diferentes mecanismos de la dependencia psíquica y aprender a desarrollar

otro tipo de comportamientos reflejos en los que la persona pueda apoyarse y descubrir sus recursos sin el artificio del alcohol.

En algunas historias personales, podemos encontrar circunstancias traumatizantes, como situaciones de maltrato, abusos sexuales o falta de reconocimiento de lo que una persona siente que es interiormente. En estos casos, el alcohol puede suponer el medio de dejar de sentir el sufrimiento. Algunas veces, las personas que han padecido esas circunstancias, las utilizan para justificar su alcoholización, se presentan como víctimas de su pasado. Pero, el paciente siempre tiene dos opciones: alcoholizarse o no alcoholizarse; además de una tercera, la de pedir ayuda competente. Además, cualesquiera que hayan sido las circunstancias dolorosas de su pasado, en la actualidad ya no son las mismas personas que en el pasado “cogían la copa en sus manos”; invitamos al paciente a realizar el aprendizaje de su libertad. El desafío es que ser libre requiere renunciar al alcohol; y eso es posible si esa libertad aporta a su vida beneficios, resultados, comprensión y nuevas relaciones, lo que llaman los pacientes “los regalos de la abstinencia”.

Ese camino de la libertad no es fácil, ya que el paciente debe hacer frente a todas las frustraciones sin recurrir al alivio inmediato que le aportaba el alcohol. Debe aprender a vivir día a día para encontrar sentido a lo que está realizando, aumentando su tolerancia a la frustración y desarrollando su capacidad de razonamiento y de diálogo para sustituir por palabras sus antiguos comportamientos. Es normal que no lo consiga a la primera: es esencial que sepa aceptar sus re-alcoholizaciones y el hecho de que éstas resulten desalentadoras para el paciente y su familia. No obstante, debemos admitir que tomar de nuevo alcohol quizá sea el menor de los males para un paciente que siente un sufrimiento intolerable en esos momentos. Es pues esencial no condenarlo a ese comportamiento, sino intentar ver la parte sana de su personalidad, enmascarada tras las dificultades, y acoger su sufrimiento sin dejarse seducir por él, porque quizá lo que busca es permiso para seguir con sus alcoholizaciones cuando, de nuevo o todavía, esté bajo la influencia de la dependencia psíquica. Frente a estos comportamientos, tanto el entorno del paciente como los cuidadores pueden encontrarse frente a la paradoja de tener que reconocer el sufrimiento del paciente tal y

como se presenta en ese momento, y al mismo tiempo mantenerse firmes sobre la conducta a adoptar, que es siempre el camino hacia la abstinencia.

La vergüenza es un escollo que hay que considerar: es un gran obstáculo que impide que el enfermo se encargue de sí mismo; es difícil para él reconocerse como dependiente del alcohol; como media, la enfermedad evoluciona a lo largo de 15 años antes de ser detectada por un médico. Los pacientes y sus familias tienen mucha esperanza en “la cura de desintoxicación”, ahora bien, no tiene nada de “mágico”. La vergüenza afecta tanto al paciente como a su familia; es necesario aprender a vivir con esta enfermedad como con cualquier otra enfermedad crónica. El antídoto contra la vergüenza es la palabra: es necesario que el paciente precise su vivencia personal, incluso lo peor que hace, luego hablarlo en el marco de una relación terapéutica, individual o de grupo. Esto requiere valor: es una invitación a afrontar el problema movilizándolo los recursos positivos. Pero se pretende huir de la vergüenza callando, y ese silencio es mortal ya que incita a la repetición del repliegue sobre sí mismo y reactiva la alcoholización.

La palabra es, por otra parte, un medio terapéutico esencial. Gracias a la palabra, el paciente toma conciencia de su problema, haciendo que la negación vaya reculando progresivamente. El paciente debe movilizar su voluntad de cambio: si lo que quiere es entrar en una nueva vida, en una nueva vida sin alcohol, no puede continuar repitiendo sus alcoholizaciones pretendiendo “beneficiarse” de sus efectos sobre su psiquismo. En ese camino, deberá hacer frente a una cierta soledad, viviendo frente a sí mismo. En algunos momentos, encontrar las palabras que describan su vivencia supondrá un trabajo encarnizado, especialmente cuando se sienta mal. Pero es un trabajo que comporta también la alegría de descubrir y encontrar sensaciones positivas y nuevas capacidades insospechadas, que podrá desarrollar en su vida cotidiana concreta.

¿Se puede uno curar?, oímos con frecuencia. Como en otras enfermedades crónicas, es más bien la estabilización lo que se pretende, gracias a un trabajo para mantener la abstinencia. Este trabajo ha de ser dinámico, ya que la abstinencia no es un objetivo en sí misma, sino un medio para vivir mejor. Explorar para qué ha servido el alcohol en diferentes situaciones es

importante, así como la búsqueda de las motivaciones que permitirán vivir de otra manera, siempre apoyándose en lo mejor de uno mismo y aprendiendo a existir convirtiéndose en uno mismo, lo cual aporta alegría y sentido, mientras que antes, el paciente vivía en el sinsentido. Este trabajo se realizará solo y mediante el diálogo con una persona competente a la vez; debemos subrayar la complementariedad de los cuidadores con formación y de los voluntarios de las asociaciones de ayuda.

En lo que concierne a los miembros de la familia, están tan afectados por la enfermedad como el propio paciente. Para ellos también es importante que reconozcan su propio problema psicológico para poder aceptar lo siguiente: únicamente el paciente puede actuar sobre su problema con el alcohol. Es conveniente que tengan un espacio donde poder hablar de lo que sienten en su vida con respecto a la enfermedad alcohólica, con todas las consecuencias, para poder, ellos también, realizar un trabajo de crecimiento.

¿Podré volver a beber algún día? Sí, el paciente puede siempre volver a beber, es libre... pero, ¿qué ganará con ello, qué perderá? Si se hace esta pregunta, está invitado a dialogar consigo mismo, considerando los pros y los contras, para elegir a continuación la que le parezca mejor solución. En ciertos momentos, este diálogo es un verdadero combate, sobre todo en las etapas de decepción o fragilidad. Los pacientes salen reforzados de esas pruebas cuando deciden elegir su nueva vida en lugar de elegir lo fácil, es decir, el alcohol. Es de ese modo como el descubrimiento de su conciencia profunda supone un gran apoyo. A diferencia de la parte socializada de la conciencia, que pretende obligar al paciente a actuar según la voluntad de los otros, la conciencia profunda lo introduce en el discernimiento de la que será la mejor solución para él, invitándolo a no hacerse daño, enseñándolo a caminar con paciencia pero intentando siempre dar un paso adelante. Poco a poco, el paciente aprende a caminar siendo fiel a su conciencia profunda, concediéndose el derecho de no ser "perfecto", sino falible a veces, y continuar avanzando por el largo camino de su propia liberación.

1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). (6^ý ed.)
2. *La asertividad: expresi¹n de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (32^ý ed.)
3. *Comprendiendo c¹mo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAY¹N. (5^ý ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÉS. (5^ý ed.)
5. *¿Qu^o es el narcisismo?* JOS^o LUIS TRECHERA. (2^ý ed.)
6. *Manual pr¹ctico de P.N.L. Programaci¹n neuroling¹stica*. RAMIRO J. ÔLVAREZ. (5^ý ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (EDS.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gest¹ltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5^ý ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIM^oNEZ HERNÁNDEZ-PINZ¹N. (2^ý ed.)
10. *Cuerpo y Psicoan¹lisis. Por un psicoan¹lisis m¹s activo*. JEAN SARKISOFF. (2^ý ed.)
11. *Din¹mica de grupos. Cincuenta a¹os despu^os*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (7^ý ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLÉN - HANS NEIDHARDT. (5^ý ed.)
13. *¿Por qu^o me culpabilizo tanto? Un an¹lisis psicol¹gico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3^ý ed.)
14. *La relaci¹n de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. (3^ý ed.)
15. *La fantas¹a como terapia de la personalidad*. F. JIM^oNEZ HERNÁNDEZ-PINZ¹N. (2^ý ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ED.). (3^ý ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. (3^ý ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6^ý ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensi¹n espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOS^o ANTONIO GARCÍA-MONGE. (12^ý ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. (2^ý ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo llamado*. JUAN MASIĆ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK.
25. *Cuando el problema es la soluci¹n. Aproximaci¹n al enfoque estrat^ogico*. RAMIRO J. ÔLVAREZ. (2^ý ed.)
26. *C¹mo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integraci¹n psicol¹gica y espiritual*. DAVID RICHÓ. (3^ý ed.)
27. *El acompa¹ante desconocido. De c¹mo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN.
29. *El ciclo de la vida: Una visi¹n sist^omica de la familia*. ASCENSI¹N BELART - MARÍA FERRER. (3^ý ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusval¹as*. MIGUEL ÔNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Gu¹a b¹sica para sobrevivir a los ex¹menes*. KEVIN FLANAGAN.
32. *Al¹ Bab¹ y los cuarenta ladrones. C¹mo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICHÓ. (3^ý ed.)
34. *Anhelos del coraz¹n. Integraci¹n psicol¹gica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2^ý ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. (4^ý ed.)
36. *Para comprender la adicci¹n al juego*. MARÍA PRIETO ÚRSÉA.
37. *Psicoterapia psicodram¹tica individual*. TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON. (2^ý ed.)
39. *Creer en intimidad. Gu¹a para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2^ý ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGSERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Val¹rate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO LARA.
42. *Pens¹ndolo bien... Gu¹a pr¹ctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÔLVAREZ.
43. *L¹mites, fronteras y relaciones. C¹mo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L. WHITFIELD.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOS^o CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2^ý ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicolog¹a budista sobre el car¹cter, la adversidad y la pasi¹n*. DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar*. JORGE BARRACA.
48. *Palabras para una vida con sentido*. M¹. ÔNGELES NOBLEJAS. (2^ý ed.)
49. *C¹mo llevarnos bien con nuestros deseos*. PHILIP SHELDRAKE.
50. *C¹mo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto pr¹ctica del altruismo*. LUIS CENCILLO. (2^ý ed.)
51. *Emociones: Una gu¹a interna. Cu¹les sigo y cu¹les no*. LESLIE S. GREENBERG. (3^ý ed.)

52. *Éxito y fracaso. C¹mo vivirlos con acierto.* AMADO RAMÍREZ VILLAFUENZ.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva.* JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico.* PABLO POBLACIÓN KNAPPE y ELISA LÓPEZ BARBERO y COLS.
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza.* LORETTA CORNEJO. (3^{ya} ed.)
56. *El guiño de vida.* JOSÉ LUIS MARTORELL. (2^{da} ed.)
57. *Somos lo mejor que tenemos.* ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
58. *El niño que seguía a la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares.* GIULIANA PRATA; MARIA VIGNATO y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición.* JOHN AMODEO.
60. *El amor. Una visión somática.* STANLEY KELEMAN.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: C¹mo cultivarlo y a dónde nos guía.* KEVIN FLANAGAN. (2^{da} ed.)
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta.* F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal.* IOSU CABODEVILLA ERASO.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER y ESTELA ORTEGA. (6^{ta} ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo.* JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (2^{da} ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente.* JUAN MASIĆ.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso.* PEDRO MORENO. (8^{va} ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud.* KATHLEEN R. FISCHER y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir.* ESPERANZA BORES.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los cuentos.* JEAN-PASCAL DEBAILLEUL y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor.* FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación.* PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser.* JEAN SARKISOFF.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones.* PATRICE CUDICIO y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares.* MARGA NIETO CARRERO. (2^{da} ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros.* JESÚS DE LA GÓNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos.* CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla.* MATILDE DE TORRES VILLAGRAC. (2^{da} ed.)
79. *Atajos de sabiduría.* CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología.* RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo.* RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica.* DAVE MEARNES y BRIAN THORNE.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico.* FRED FRIEDBERG. INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN ESPAÑOLA POR RAMIRO J. CÍLVAREZ.
84. *No seas tu peor enemigo... ¿...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. McMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases técnicas de la diafreoterapia.* LUZ CASASNOVAS SUSANNA. (2^{da} ed.)
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ. CON LA COLABORACIÓN DE ITZIAR BARRENENGOA. (2^{da} ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MENDOZA.
88. *Creer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* TOMEU BARCELÓ. (2^{da} ed.)
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN.
91. *C¹mo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUIS PIO ABREU.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS.
93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFUENZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO.
96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL. (2^{da} ed.)
97. *Tratado de la insupportabilidad, la envidia y otras virtudes humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2^{da} ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (Ed.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT. (2^{da} ed.)
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2^{da} ed.)

101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. (8ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (12ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* KARMELO BIZKARRA. (4ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.
109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me enganchó. La práctica en psicoterapia gestalt.* CÉNGELES MARTÍN Y CARMEN VÉZQUEZ.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. (2ª ed.)
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejercer un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* PAMELA KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* AGUSTÍN CÉZAR.
116. *Crecer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA. (2ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN, PH. D. (2ª ed.)
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALAJAISON.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.* RAFA EUBA. (2ª ed.)
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* KARMELO BIZKARRA. (3ª ed.)
124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino.* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO. (4ª ed.)
125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia.* IOSU CABODEVILLA ERASO. (2ª ed.)
126. *Regreso a la conciencia.* AMADO RAMÍREZ.
127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida.* PETER BOURQUIN. (7ª ed.)
128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés.* THOMAS HOHENSEE.
129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo- humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza.* OLGA CASTANYER. (2ª ed.)
130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes.* LORETTA CORNEJO. (3ª ed.)
131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes.* JAVIER TIRAPU. (2ª ed.)
132. *Esos seres inquietos. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones.* AMADO RAMÍREZ VILLAFUENTE.
133. *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN, JUAN GARCÍA Y ROSA VIVAS (2ª ed.)
134. *Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia Autorrealizadora para el estrés asistencial.* CONXA TRALLERO FLIX Y JORDI OLLER VALLEJO
135. *Entre personas. Una mirada crítica a nuestras relaciones humanas.* TOMEU BARCELÓ
136. *Superar las heridas. Alternativas sanas a lo que los demás nos hacen o dejan de hacer.* WINDY DRYDEN
137. *Manual de formación en trance profundo. Habilidades de hipnotización.* IGOR LEDOCHOWSKI
138. *Todo lo que aprendí de la paranoia.* CAMILLE
139. *Migraña. Una pesadilla cerebral.* ARTURO GOICOECHEA
140. *Aprendiendo a morir.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ
141. *La estrategia del oso polar. Como llevar adelante tu vida pese a las adversidades.* HUBERT MORITZ
142. *Mi salud mental: Un camino práctico.* EMILIO GARRIDO LANDEVAR
143. *Camino de liberación en los cuentos. En compañía de los animales.* ANA MARÍA SCHLÖSTER RODRÍGUEZ
144. *¡Estoy furioso! Aproveche la energía positiva de su ira.* ANITA TIMPE

145. *Herramientas de Coaching personal*. FRANCISCO YUSTE
146. *Este libro es cosa de hombres. Una guía psicológica para el hombre de hoy*. RAFA EUBA
147. *Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal. Guía de autoayuda*. JUAN GARCÍA SÁNCHEZ Y PEPA PALAZÓN RODRÍGUEZ
148. *El consejero pastoral. Manual de relación de ayuda para sacerdotes y agentes de pastoral*. ENRIQUE MONTALT ALCAYDE

Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática* STANLEY KELEMAN. (8ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal*. STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación*. ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica*. JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales*. CARLOS ALEMANY (ED.). (13ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética*. JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ.
7. *Crece bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal*. CARLOS RAFAEL CABARRÉS, S.J. (11ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico*. CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia*. JUAN MASIĆ CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama*. MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa*. DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual*. CARLOS RAFAEL CABARRÉS. (5ª ed.)
13. *Del viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente*. EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal*. JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones*. CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales*. ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños*. EUGENE T. GENDLIN.
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida*. CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor*. ÁNGEL RZ. IDIGORAS (ED.). (3ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días*. RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto*. JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación*. BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones Teoría, Modelo y Método*. GEORGE DE LEON.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales*. HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica*. JOSÉ L. TRECHERA.
27. *Cuerpo, cultura y educación*. JORDI PLANELLA RIBERA.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación*. DONI TAMBLYN.
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt*. CÉCILE MARTÍN. (6ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influenciar y Motivar*. NICK OWEN
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. PAUL STALLARD.
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. PABLO RODRÍGUEZ CORREA.
33. *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato*. PEPA HORNO GOICOECHEA. (2ª ed.)
34. *El pretendido Síndrome de Alienación Parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia*. SONIA VACCARO - CONSUELO BAREA PAYUETA.
35. *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia*. OLGA CASTANYER (COORD.); PEPA HORNO, ANTONIO ESCUDERO E INÉS MONJAS.
36. *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta*. MIGUEL DEL NOGAL TOMÉ.
37. *Los sueños en psicoterapia gestalt. Teoría y práctica*. CÉCILE MARTÍN.
38. *Medicina y terapia de la risa. Manual*. RAMÓN MORA RIPOLL.
39. *La dependencia del alcohol. Un camino de crecimiento*. THOMAS WALLENHORST.

Este libro se terminó de imprimir
en los talleres de RGM, S.A., en Urduliz,
el 4 de noviembre de 2010.

M

A

I

O

R



La presente obra nos muestra un vivo retrato de pacientes enfrentados al sufrimiento cotidiano que supone la dependencia del alcohol. Sean cuales sean los síntomas relatados, Thomas Wallenhorst nos presenta a los enfermos como víctimas de un proceso a la vez psicológico y biológico, cuyos determinantes les desbordan.

De sus reflexiones se desprende una aproximación a la dependencia del alcohol que coloca al individuo en primer plano, con su sufrimiento y sus características. Aborda dicha dependencia como un camino de crecimiento en el que propone, tanto a los pacientes como a sus familiares, emprender un trabajo sobre sí mismos, inspirado en la formación PRH (Personalidad y Relaciones Humanas).

Emprender un trabajo de abstinencia es difícil. Pero podemos afirmar que siempre es posible un cambio, aunque éste sólo puede producirse en la persona que decide cambiar. El trabajo de la abstinencia se convierte entonces en un medio de vida: algunas personas hablan de un renacimiento. El papel del acompañante consiste en ayudar a las personas a adquirir confianza en sí mismas y en estimular sus vidas.

ISBN: 978-84-330-2450-3



9 788433 024503

www.edesclée.com

DESCLÉE DE BROUWER

