

## **La adicción como contaminante de entornos (I)**

### **Addiction as a contaminant in environments**

Antonio García Patiño

Centro de Tratamiento Ambulatorio de la Asociación de Drogodependencias de Ronda y Comarca (ARDE)

Recibido: 18/05/2017 · Aceptado: 10/11/2017

#### **Resumen**

El presente trabajo quiere hacer patente, e incidir, en un hecho cierto y quizás no bien resuelto, por obviado, en la mayoría de las situaciones. Durante el proceso adictivo se van configurando, construyendo entornos relacionales, estructuras emocionales, cognitivas y de percepción, forma de vivir, forma de mirar, que llevan no sólo a la persona consumidora, sujeto/objeto de la adicción, sino a todos los que la rodean, a desarrollar un mundo existencial regido y determinado por reglas, valores y normas marcados por la misma adicción, en el cual se generan diferentes patologías, si se me permite la expresión, que necesitan una respuesta preventiva y asistencial. Lo llamo contaminación adictiva. La familia enferma, y todos y cada uno de sus integrantes, pareja, hijos/as, se encontrarán inmersos en un mundo donde todo gira en torno al consumo, uso y/o abuso, dependencia, y, en definitiva, la adicción se convierte en el centro de todo un proceso vital compartido, incluso, y paradójicamente, en la abstinencia.

#### **Palabras Clave**

Contaminación adictiva, entornos, consecuencias, familia enferma, hijos/as de alcohólicos/as, calidad de vida, sucesos vitales.

#### **Abstract**

This piece of work seeks to bring to light and focus on a true fact, possibly not satisfactorily settled in most situations through being taken for granted. During the addiction process, relational environments, emotional, cognitive and perception structures, ways of living and looking are being built, not only leading the consumer, as object/subject of the addiction, but all those in their surroundings to develop an existential world, governed and determined by rules, values and norms, that are marked by the addiction itself, in which many pathologies are generated, if I could be allowed the expression, needing a preventive and care response. I call this addictive pollution. The sick family, and each of its members (partners, offspring...), will find themselves inside a world where everything focuses on the consumption, use or/and abuse, dependence and, definitively, the addiction becomes the centre of a vital and shared process, even, paradoxically, in abstinence.

#### **Key Words**

Addictive pollution, environments, consequences, sick family, offspring of alcoholics, quality of life, vital events.

Correspondencia a:

Antonio García Patiño

e-mail: [angarpa@hotmail.com](mailto:angarpa@hotmail.com)



## INTRODUCCIÓN: LA ADICCIÓN NO ES UN HECHO AISLADO...

La adicción<sup>1</sup> se consideraba, desde siempre, en un sentido totalmente individual en cuanto a las respuestas; se consideraba así en aras de ajustar las respuestas asistenciales a los sujetos que las demandaban. Esta actitud que en un primer momento sería aplaudible, tan sólo era un remedo a una situación mucho más compleja.

Entendiendo que las personas somos seres sociales y como tales nuestras conductas están influidas, provocadas, generadas, “en” y “por” unos ambientes sociales y por las interpretaciones personales que realizamos; cuando hablamos del sujeto adicto, consumidor, no sólo hablamos de “una vida”, sino de una vida en el significado más amplio: de padres y de hijos, de fracasos y de éxitos, de esperanzas y desilusiones, de convivencia armónica o de conflicto social, de madurez personal o de desintegración individual y social; de marginación/exclusión o de acogida/integración, de sinceridad o de hipocresía, de mercadeo en la adicción o de humanidad en la misma,...

Cuando hablamos de adicción hablamos de un único individuo; cuando nos referimos a adicción pensamos en un enfermo/a, identificamos la adicción en una persona, mejor, la identificamos con una persona y le ponemos un nombre; así tenemos heroinómanos, cocainómanos, alcohólicos, etc., y, evidentemente, heroinómano, fulanito, cocainómano, manganito, alcohólico, quien sea.

1 En el artículo se utiliza el término enfermo/a alcohólico/a y adicto/a de manera indistinta para hacer referencia a la persona que padece un trastorno adictivo.

Y esto sucede generalmente, al no darnos cuenta que al utilizar el término alcohólico/a, por ej., lo estamos reduciendo al consumo/abuso de alcohol; es más, superponemos el término alcohólico a alcoholismo. En buena lógica se efectúa esta casi superposición; alcohólico es, dicho de una manera muy llana, aquel que siente y padece la enfermedad alcohólica, el alcoholismo. Y por esta definición reduccionista tan sólo, supuestamente, sufre el alcoholismo aquella persona que consume, abusa y depende del alcohol.

Espero que se haya superado esta simplificación que bajo mi criterio es errónea. El alcoholismo no es un mero consumo de alcohol; la enfermedad alcohólica es un estilo de vida, conforma una manera de vivir tanto del sujeto consumidor como de aquellas personas que pertenecen a su esfera afectiva y vivencial; esta enfermedad genera nuevos lazos, nuevos vínculos, crea desde sí misma una estructura familiar diferente.

Ver más allá de la simplicidad de lo individual para llegar a la contaminación social de las adicciones, es un objetivo irrenunciable, es una dirección con un solo sentido, sin posibilidad de duda, sin posibilidad de retroceso.

En una ocasión en el transcurso de una sesión terapéutica, un heroinómano en programa metadona me decía que “la adicción trasciende al individuo”.

- Según la RAE: “Trascender: Extenderse o comunicarse los efectos de unas cosas a otras, produciendo consecuencias”.
- Trascendencia: Capacidad de una realidad de sobrepasar sus propios límites.
- Trascendente: Cualidad de ir más allá de un límite dado.

Hace unos años, en una ponencia en la que tenía que hablar del alcoholismo y sus consecuencias en el ámbito familiar, me surgió el planteamiento de “quién está más enfermo”, si el paciente alcohólico o los demás integrantes de la estructura familiar. Hoy, ya pasados muchos años y en pleno siglo XXI, no me planteo aquella cuestión de quién está más enfermo, sino, en verdad, únicamente me pregunto ¿quién es el enfermo/a?, si es que es válido hablar de enfermedad o enfermos, para referirnos a aquellas personas afectadas o contaminadas por un trastorno adictivo (queda pendiente para próxima discusión)

Si a toda esta idea añadimos que estamos viviendo en una sociedad, en un estilo; inmersos en una actitud personal y social, donde no se tiene conciencia de las consecuencias de los actos, no se tiene conciencia de los límites de las conductas. Donde no pasa nada...; que estamos viviendo en un ambiente sin saber, o sin crecer en la responsabilidad, sin tener conciencia que pertenecemos a él. Quizás sea la cultura de la sinrazón y la vaciedad, de la transgresión del respeto y el encumbramiento del yo sin contenido.

Qué significa para cada uno pertenecer a un entorno sería la pregunta clave para evaluarlos comportamentalmente de nuestra responsabilidad en él. Las conductas no se producen aisladas del entorno en donde se dan, sino en una continua interacción, con un significado que se comparte, y con unas consecuencias que se escapan de uno mismo.

De todos los comportamientos se derivan unas consecuencias, esto es innegable, se generan unos acontecimientos y estos acontecimientos nos llevan a construir y ¿vivenciar? realidades comunes. Sin embargo, pocas veces se oye hablar de la responsabilidad personal y social, frente a los demás.

No pueden existir justificaciones de tipo alguno porque somos seres: que se relacionan inevitablemente; que existimos construyendo entornos compartidos; que construimos nuestras experiencias y nuestras vidas en función de conductas y experiencias de los demás; que ni tan siquiera podemos imaginar que somos seres aislados, que nuestras conductas no condicionan a nadie y no son condicionadas por nadie, cuando es todo lo contrario.

Admitamos que sí existen consecuencias de nuestras conductas y, en ocasiones, severas consecuencias. Y aunque puedan ser intencionales y no intencionales, sigamos las palabras de Adam Ferguson: “La historia es el resultado de la acción humana y no de la intención humana”, citada por Jon Elster (ELSTER 1995, 95).

Pues bien, si queremos ser responsables y coherentes, no olvidemos que: las cosas no siempre resultan como esperamos; las acciones individuales interfieren unas con otras produciendo un resultado no intencional; la gran mayoría de las veces los que sufren las consecuencias no son los que realizan la acción sino “los otros”; cómo reaccionan las personas a las situaciones creadas.

Parafraseando a Antoni Serra Ramoneda, presidente de Tribuna Barcelona (EL PERIÓDICO 04/04/10) con su frase: “Vicios privados, perjuicios públicos”, me atrevo a decir, “Consumos/adicciones individuales, consecuencias sociales”.

No sólo referido al hecho adictivo, de la adicción, alcoholismo, drogodependencia, sino del proceso adictivo... durante el cual las conductas se generan en un entorno y generan en su entorno una reacción, otras conductas, unas consecuencias.



## CONTAMINACIÓN ADICTIVA

### Parte primera

El alcoholismo no es simplemente un modo de enfermar, parafraseando a Alonso-Fernández, vivido por el sujeto pasivamente como las enfermedades que se tienen (un resfriado, una pulmonía, etc.) sino que invade la esfera personal y existencial hasta el punto de conseguir transformar el ser: “es alcohólico”.

Entendemos el alcoholismo, la adicción, como un “suceso vital”, volveremos a este término, que llevará al individuo adicto a una disfunción de sus actividades y comportamientos y a una desorganización en su esfera cognitiva y emocional. Pero no sólo ocurren estas alteraciones o reajustes en el/la alcohólico/a sino que todas aquellas personas que pertenecen al entorno social o, mejor, a la estructura familiar experimentan estos, por decirlo de alguna manera, cambios.

Las afectaciones en el trastorno adictivo son mucho más amplias que las del propio sujeto adicto, afectando a toda la familia con la que convive y generando en ella importantes conflictos y enfermedades, llegando incluso a quedar más perturbados que el propio sujeto. Los familiares llegan a presentar, en mayor o menor grado y entre otras alteraciones: deterioro físico, trastorno o desequilibrio emocional y de la personalidad, ambivalencia afectiva, desajustes conductuales,...necesitando todos ellos un abordaje terapéutico. De no ser así, una vez que desapareciera la “conducta de beber”, el consumo, no habría más problemas y, sin embargo, la experiencia diaria nos dice que no sucede.

No es necesario un análisis muy profundo para poder comprobar estas afirmaciones; y

si lo hacemos encontraremos en el adicto: pérdida de autoestima, pérdida de la noción de realidad, soledad, disforia, degradación personal, carencia de control emocional, reacciones violentas, etc.; en los familiares: frustración, enojo, desequilibrio emocional, ambivalencia de sentimientos, depresiones, alteraciones nerviosas, etc., etc.; y en la familia como un todo veremos, desajuste familiar, disgregación familiar, degradación en las relaciones, incorrecta estructuración, agresividad, violencia, etc., etc.

Cada vez más me reafirmo en la idea siguiente: la aparición de una conducta de consumo/abuso de sustancias adictivas, y de adicciones sin sustancia, en un miembro de la familia no sólo afecta al individuo consumidor al experimentar las consecuencias negativas que de la conducta adictiva se derivan, sino que alteran de tal modo y tan severamente las relaciones entre los distintos componentes de la estructura familiar así como los vínculos establecidos entre ellos que no podemos, hablar de individuo enfermo sino de familia enferma o FAMILIA ADICTA.

Según Annette Kreuz en su artículo “La convivencia escolar desde el enfoque sistémico. El niño en la encrucijada entre sociedad, familia y escuela”, afirma que “La familia es un sistema con varios subsistemas que comparten una historia e intentan mantener una identidad como sistema, aunque evolucionando en el tiempo”.

Durante el periodo de formación de la pareja, la sustancia adictiva está generalmente presente pero no se opina; se minimiza la conducta del consumo y los comportamientos asociados, incluso se llega más aún, éstos se justifican. Se piensa, bien ingenuamente o bien desde el autoengaño, que cuando “se

casen”, “en un futuro”, se dará un cambio, “todo cambiará”.

Es ya desde ese tiempo que empiezan a establecerse las líneas por las cuales se desarrollará la “pareja adicta” y, consecuentemente, la “familia adicta”.

La estructura mental que se irá estableciendo en cada uno de ellos es en base a la experiencia vivenciada, tendrá unos constructos personales, el ideal, cómo se ven a sí mismos y al otro; estas imágenes, o ideación de la persona, están empañadas por la experiencia adictiva y no es nítida ni transparente. Se configurará entre ambos una teoría de la personalidad de sí mismo y del otro, que a pesar de estar invalidada se usará repetida y habitualmente.

Desde ese pasado, desde esa historia, se crea un estilo de relación, de justificación dentro, en y por la adicción; quién sabe si no comparten también una historia conjunta de consumo, ya que en numerosas ocasiones y con determinadas sustancias así ocurre.

A través del tiempo, la pareja, la familia, desarrolla en sí misma una identidad con sus peculiaridades y características propias, asumiendo e incluyendo en ese estilo el consumo, la problemática que genera, y aún más, siendo dicha problemática el centro gravitatorio de todas las relaciones, vínculos, afectos, roles, etc.

Consecuentemente, la adicción no puede verse tan sólo en términos personales, como dinámica intrapsíquica, el equilibrio emocional de la pareja puede perpetuar la conducta del consumidor por necesitarla para mantenerse.

Se genera un delicado balance entre esa conducta de consumo y el funcionamiento cotidiano de la pareja. Aunque pueda

resultar paradójico, la sustancia puede funcionar como elemento equilibrador (factor de equilibrio). Detrás del sufrimiento de la “víctima”, de la aparente debilidad del miembro no consumidor puede aparecer y aparece el funcionamiento complementario de roles, quién detenta el poder, etc. Así, la importancia familiar y social que adquiere ese sujeto como resultado de muchas variables, sobre todo relacionadas con los sentimientos de victimismo, y el sentimiento de culpa,... Porque... ¿hubiera existido esa importancia en el sujeto no consumidor sin la adicción en la pareja?

Las manifestaciones que desde fuera se ven como psicopatológicas, son únicamente la expresión de la estructuración del “mundo personal”, del “mundo familiar”. Dichas patologías asociadas al universo adicto no las vamos a considerar ni causas ni efectos sino fenómenos que se causan influencia mutuamente formando un círculo perfectamente equilibrado y regulado que tenemos y debemos romper pese a la dificultad que entraña (depresiones, alteraciones de la afectividad, celos, etc.).

El “aquí” y “ahora” adquiere mucha importancia en relación a la interacción de la pareja adicta, pues la relación no es unidireccional, no pueden existir relaciones unidireccionales. La conducta del adicto daña/afecta al otro, pero no es menos cierto que también se da el hecho al revés tanto si es de una forma positiva como negativa y esta interacción con todos sus procesos subyacentes va manteniendo el equilibrio de un sistema para que éste sobreviva y se mantenga. De esta forma se evitará la desintegración familiar, y se continuará funcionando con hipotética, aparente y falsa, “normalidad”. El miembro no adicto de la pareja tendrá que asumir la mayor



parte de la responsabilidad, olvidándose de sí mismo y de sus sentimientos, sólo atiende al compañero y a las consecuencias. De este modo, su conducta estará determinada por la adicción del otro y se irá modificando en función de los distintos estadios evolutivos del proceso adictivo.

Estos comportamientos que a veces se interpretan como una consecuencia de tener una pareja adicta no es más que una posibilidad de sobrevivir. Dándose así que ante cada situación problema, ante cada problemática que aparezca, surge, a su vez, una reestructuración, una nueva disposición de los miembros, una redefinición de los roles que probablemente, seguramente, no resuelven el problema, incluso por no saberlo, pero sí recomponen la situación para devolverle esa apariencia de normalidad.

Son procesos internos que se generan y desarrollan intentando mantener una identidad familiar y mediante estos reajustes se sigue estando, se sigue existiendo en una normalidad aparente o cierta, inmersa en el hecho adictivo.

Qué pasa cuando un adicto decide dejar el consumo e iniciar una recuperación/rehabilitación...

Nos podemos situar, al menos, en dos realidades perfectamente diferenciadas: una sería el caso ideal, en la que todos los componentes de la familia pondrán sus recursos físicos y psíquicos al servicio de una recuperación conjunta al mismo tiempo que la recuperación personal/individual. La otra situación se daría cuando la abstinencia se siente como amenazante, como factor desequilibrador de un sistema que, aunque patógeno, se ha mantenido e incluso ha resultado en algún caso morbosamente gratificante.

Nos encontramos de pronto que aquello que se ha deseado con tanta pasión y vehemencia hace saltar lo establecido como válido, rompe todo lo que había conformado la vida en común; no me refiero a no consumir, sino a la sobriedad, a la responsabilidad de estar sobrio-abstinente en los consumos. A veces surge la paradoja de querer "que algo cambie para que nada cambie", en la creencia ingenua que esto sea posible.

Podemos cuestionarnos, la doblez de la recuperación alcohólica. De desenmascarar el filtro por el que cada uno tamiza los comportamientos de los otros y el suyo propio. Es importante una reflexión sobre cómo las personas alcohólicas y sus familiares, obstaculizan su propia evolución. Cómo modifican permanentemente lo evidente para adaptarlo a su propia percepción. Cómo bloquean su capacidad de desarrollar nuevos aprendizajes. Se puede observar que si la solución óptima proviene de dos variables, lo deseable y lo posible, con demasiada frecuencia se quedan tan sólo en lo deseable.

Planteémonos que en la recuperación se puede partir de dos actitudes: la esperanza de éxito y el miedo al fracaso. Si partimos del miedo no intentaremos hacer nada, si vence el miedo viviremos en la inseguridad, pero, por el contrario, si la esperanza supera al miedo, actuaremos. Y se produce la siguiente dualidad, que es necesario, resolver, en la recuperación de la adicción: por un lado, desde el familiar si quieren al mismo personaje, pero que no consuma o aceptan la aventura de descubrir a una persona que nunca, probablemente, han conocido. Por otro lado, desde el/la adicto/a si quiere seguir sin asumir ni asumirse, tapando la botella/dejando la sustancia, o quiere sumergirse en él si mismo y compartir y compartirse con quienes le rodean.

En el transcurso de la recuperación preguntando a algunos/as, adictos y familiares, ¿cómo estás, cómo vas?, responden, “muy bien, llevo 2 años, 4 meses, etc. sin consumir” o “muy bien, lleva 2 años, 4 meses, etc. sin consumir” y todo esto resulta sorprendente porque no se ha preguntado eso. Se contesta con “tiempo” a una pregunta que pretende hablar de sentimientos, emociones, sensaciones,... La respuesta dice que se ha dejado pasar el tiempo contándolo, enumerando los días, pero no hace referencia a los logros personales, a los cambios, a las modificaciones experimentadas, a los afectos que han renacido o se han creado, en definitiva, se dice que no ha habido evolución, sólo que se ha envejecido.

A veces en el desarrollo de las sesiones bien de terapia o de autoayuda, e incluso fuera de ella, los familiares casi siempre las parejas de los adictos, han dicho cosas como “yo estoy más enfermo”, “nosotros somos los verdaderos enfermos”, “estamos más afectados” y una serie de frases, opiniones, cuyo contenido quería demostrar el hecho de “estar más enfermo” o “ser el verdadero enfermo”. Es una lucha sobre “quién es más o está peor”.

Observando esta dialéctica las reflexiones se encaminaron hacia cómo poder comprobar y demostrar en lo posible que el alcoholismo considerado no como hecho aislado de la realidad sino como suceso desencadenante o determinante, tenía unas consecuencias, era generador de enfermedad/patologías, entendida en los términos expresados anteriormente, tanto en el sujeto que sufría en sí mismo la dependencia alcohólica como en todas aquellas personas que tenían un vínculo directo con él y, por tanto, estaban inmersas en la constelación alcohólica.

A lo largo de mis experiencias he podido concluir que, el no consumo no cambia la imagen que cada miembro de la pareja tiene del otro, y esto es demostrativo y muy significativo para el devenir del proceso. Hay frases reveladoras que por sí mismas definen toda una imagen y estructura. Pasa el tiempo “y seguimos pensando que baila bien” cuando la realidad es que nunca ha sabido bailar; o que “es muy gracioso” cuando nunca lo ha sido a no ser que estuviera bajo los efectos de tal o cual sustancia. Y así, el proceso puede ser una descubrimiento maravilloso o una nueva experiencia tremendamente fraudadora, porque puede aparecer la pregunta, “¿de quién me enamoré y he estado enamorado/a? Existe una frase de un familiar que, para mí, es antológica: “Yo lo he enseñado a bailar y ahora saca a otra al baile”.

Uno de los grandes avances terapéuticos ha sido la incorporación del familiar como paciente en la dinámica rehabilitadora. La inclusión de la pareja en la condición de afectado/a, requería una respuesta terapéutica, pues en muchos casos, ¡ni la abstinencia del otro! lograba poner fin a las angustiosas sensaciones que experimentaba. Este movimiento de progreso se generó en las Asociaciones de Autoayuda de la FAAR. (Federación de Alcohólicos Rehabilitados). Y una conferencia titulada “Quién está más enfermo” (García Patiño), dio lugar a controversias pero también produjo la reflexión e incorporación de ideas y nuevas alternativas terapéuticas que fueron adoptadas entre otras por asociaciones como ARDE y ALIR, en Ronda, y, más recientemente, AICA ALEJANDRÍA, en Almería.

Para que la familia pueda evolucionar y madurar en la recuperación, y para que esto sea una realidad, hemos de partir por enten-



der que el proyecto tiene que ser claramente común. Y para lograrlo, hemos de tener una serie de ideas, de hechos, muy presentes que hay que trabajar en las intervenciones individuales y familiares. A saber: 1) que la abstinencia está íntimamente relacionada con la nueva configuración del adicto; éste/a va aceptando nuevas representaciones que integra en su estructura mental y personal al mismo tiempo que va abandonando otros estereotipos de tal manera que irá construyendo de forma estable un estilo de vida sobrio adecuado a la nueva situación; 2) "Parece ser" que la esposa/o del adicto/a abstinentes sigue desarrollando comportamientos dirigidos más a los referentes externos, a las "figuras de los otros" que hacia sí mismo/a; 3) que la parte no adicta uniformiza la construcción de la realidad independientemente de la evolución del otro; 4) que en general existe una deficiente implicación constructiva en el proceso de recuperación del adicto/a por parte del otro/a; 5) que la eliminación de la sustancia comporta importantes modificaciones en la definición del sistema, lo que lleva a la diferenciación en la construcción de la realidad y el planteamiento de objetivos; 6) que las parejas que consiguen validar y extender mutuamente sus formas de interpretar el momento del proceso de recuperación adaptándose a la nueva realidad tienden a establecer relaciones duraderas.

Así pues, para que el proceso de cambio sea efectivo debe incluir la pareja como unidad y, por extensión e implicación, la familia como unidad y percibir este cambio ambos, todos.

Si barajamos ahora la idea de salud mental como bienestar físico y psíquico; considerando esta afirmación como una balanza positiva de afectos. A saber, no niega la existencia real de afectos negativos pero hace referencia al he-

cho de que los afectos positivos sobrepasen a los negativos, y consideramos algunos criterios clásicos de salud mental como son: autoestima, capacidad de relación positiva con otros, capacidad de controlar el medio, contacto fiel con la realidad, crecimiento personal, capacidad de amar, etc., y enfrentémoslos al polo negativo, a los factores psicosociales que son la génesis del malestar: baja o nula autoestima, carencia de control (conductual y/o emocional), relaciones sociales insatisfactorias, carencia de sentido vital, etc.

Estamos en condiciones de resaltar la importancia que tiene la calidad de vida familiar como objetivo nuclear, porque es en el ámbito de la interacción familiar de donde surgen las situaciones de conflicto interpersonal más a menudo. Subrayo "calidad de vida familiar", no de uno u otro individuo solamente. El adicto quizás sepa por qué está enfermo, por qué es enfermo, el familiar es probable que aún se lo esté preguntando.

## Parte segunda

El alcoholismo, la adicción, ha roto la existencia de todos, ha perturbado la esfera afectiva, la expresión de las emociones, las relaciones interpersonales, ha llenado de angustia todos los momentos generando una desazón que asfixia.

Y esto nos induce a pensar no en meras anécdotas, sino llegar a ese entorno relacional sagrado, para desafiar el destino, romper la esclavitud que parece existir en el seno de aquellas personas que tienen padre adicto, madre adicta.

**HIJO/AS DE ENFERMOS/AS- adictos/adictas:** Una realidad dolorosa, Una consecuencia desagradable.

**NOTA:** Esta parte segunda aparecerá en el próximo número de la *Revista Española de Drogodependencias*.

## PARA FINALIZAR

No podemos quedarnos en la respuesta ramplona ajustada a un concepto de adicciones; en la simplificación de las respuestas en la atención de las personas que se encuentran en algún momento de su vida en la esfera adictiva. "... el modelo reduccionista considera la adicción como una enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por la recaída..", "... estamos viviendo el declive paulatino de la red asistencial española en adicciones..." INFOCOP, número 77, abril-junio 2017, pag.5 y pag.7.

Hablando de las adicciones con Cristóbal Gangoso Aragón, médico-psicólogo de ARO, y hablando de los entornos, decíamos "esto es como el que pisa un charco, salpica a todos los que le rodean. Uno pisa un charco y se manchan o llenan de barro unos pocos".

Tomar conciencia del gran significado que las consecuencias de nuestras conductas tienen en los demás, significaría, entre otras: El respeto por nuestros comportamientos y por el comportamiento de los otros. Aumento del compromiso social al asumir nuestras propias conductas como partes de un tejido común. El desarrollo del sentido de la responsabilidad personal y responsabilidad compartida. Entender que una sola acción nuestra puede ser el desencadenante de otros acontecimientos. - Que podemos modificar quizás demasiadas realidades con una sola intervención. Etc, etc.

No sé quién dijo: "Una pequeña palanca puede mover el mundo, una pequeña interven-

ción –un gesto, una palabra- puede construir realidades diferentes. Un pequeño movimiento puede cambiar la vida de un ser humano."

En la misma línea que marcan Puerta, c. y Pedrero, E. (2017) "Que la adicción se recupera es un hecho, pero que, mientras está activa, no sólo afecta a quien la padece, sino a todo su entorno familiar, social y comunitario es un hecho. Es un problema de salud individual y social, que lleva aparejados un enorme número de riesgos que afectan, en ocasiones, a sociedades en su totalidad. Y es esta sociedad la que debe hacer frente al problema de la mejor forma posible: la que nos indique la evidencia científica.", venimos trabajando desde hace años, sobre todo desde algunas asociaciones de autoayuda, como se ha comentado anteriormente.

No podemos ser tan ingenuos para esperar que se ofrezcan soluciones eficaces desde algunas instancias y más cuando la problemática adicción ha pasado a un segundo plano al haberse impregnado el tejido social, normalizado en el estilo imperante actual.

Potenciar la recuperación y la "superación" mediante un proceso constructivo, impulsando una intervención en adicciones desde todos los prismas, a todos los niveles y en todos los entornos, incidiendo en factores situacionales, motivacionales y emocionales, que lleguen a facilitar, que no a cercenar, la intención terapéutica, debe ser el objetivo básico.

Esta respuesta debe comprender tanto a la persona adicta, desde un enfoque biopsicosocial, como a todas aquellas que han podido quedar afectadas por la misma adicción o su proceso.

Confío que estas palabras, también con cierta ingenuidad, sobre necesidades y motivaciones de los distintos personajes que



maduran y desenvuelven su existencia en severos entornos, contribuyan a fortalecer modelos de intervención y a adaptar su funcionamiento a las nuevas realidades adictivas.

## AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a todas aquellas personas que me han llevado por el difícil camino de encontrar soluciones, posibles, a las adicciones; en particular a hombres y mujeres con trastorno adictivo y muy especialmente a los/as hijos/hijas por compartir su mundo experiencial y dejarme entrar en su universo.

También mostrar mi agradecimiento a Doña Gema Villa Bermejo por su colaboración desinteresada en la realización de este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- Alonso Fernández, F. (1992). *Alcoholdependencia*. Masson-Salvat – Medicina.
- Aragón, N.; Bragado, M.C.; y Carrasco, I. (1997). Alcoholismo parental y psicopatología infantojuvenil. *Adicciones*, 9 (2), pp. 255-277.
- Ambrosio Flores, E. (2002). *Psicobiología de la Drogadicción*. UNED. Dpto. de Psicobiología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Conde López, V.; Franco, M.A.; Macías, J.A. y Ballesteros, M.C. (1994). "Hereditología del Alcoholismo". En M. Casas (editor), *Psicopatología y alcoholismo*. Edic. en Neurociencias. Barcelona.
- Elster, J. (2001). *Sobre las pasiones*. Paidós.
- García Patiño, A. (2003). Alcohol y Juventud. *III Congreso Nuevas Técnicas en Alcoholismo*.
- García Patiño, A. (1994.) Quién está más enfermo. *XII Congreso Andaluz de Alcohólicos Rehabilitados*.
- Goldstein, A. (1994). *Adicción*. Edic. en Neurociencias Barcelona 1995.
- Guardia, J. (1994). "Epidemiología genética y factores de riesgo en el alcoholismo". En M. Casas (editor), *Psicopatología y alcoholismo*. Edic. en Neurociencias. Barcelona.
- Maciá, D. (1995). *Las Drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Matallanes Matallanes, M. (1999). *Cómo ayudar a nuestros hijos frente a las drogas*. EOS.
- Martín del Moral y otros. Alcohol (V). *Fundamentos Biopsicosociales del Alcoholismo*.
- Meana, J.J. (1996). *Herencia genética en drogodependencias*. Bilbao: Instituto Deusto en Drogodependencias.
- Mothner, I. y Weitz, A. (eds.) (1986). *Cómo abandonar las drogas*. Martínez Roca.
- Norman, S.; Miller, M.D.; Mark, S. y Gold, M.D. (1993). *Alcohol*. Edic. en Neurociencias, CITRAN.
- Ozámiz, A. (1988). Comunidad, redes sociales y salud pública. En *Psicosociología de la Salud Mental*. San Sebastián: Ediciones Marina.
- Ozámiz, A. (1992). Sucesos vitales y trastornos mentales. En: Alvaro, J.L.; J.R. Torregrosa., A. Garrido. (comps.). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madrid: Siglo XXI.
- Pons Díez, J. y Berjano Peirats, E. (1999). *El consumo de alcohol en la adolescencia: Un*



*modelo explicativo desde la Psicología Social.*  
PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS.

Programa ALFIL (2000). Grupos psicoeducativos para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo. Manual para educadores y terapeutas. Edic. SOCI-DROGALCOHOL.

Puerta, C. y Pedrero, E. (2017). La falacia de la adicción como enfermedad mental. Las drogas.info. Recuperado de: <http://www.lasdrogas.info/opiniones/la-falacia-de-la-adiccion-como-enfermedad-cerebral.html>

Rojas Marcos, L. (2010). *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Espasa.

Rubio Valladolid, G. y Santo Domingo, J. (eds.) (2000). *Guía Práctica de Intervención en Alcoholismo Agencia Antidroga*. Comunidad de Madrid.

Vega, A. (1998). *Cómo educar sobre alcohol en la escuela*. Salamanca: Amorrortu.

Vega, A. (1995). *Las drogas en el proyecto educativo del centro*. Valencia: Promolibro.

Vega, A. (1992). Modelos interpretativos de la problemática drogas. *Rev. Española de Drogodependencias*, 17 (4).