

## **Transcender la adicción. Una persona no es su adicción** ***Transcend addiction. A person is not their addiction***

**Antonio García Patiño**

Psicólogo Clínico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4242-1597>

Recibido: 14/02/2022 · Aceptado: 11/03/2022

Cómo citar este artículo/citation: García Patiño, A. (2022). Transcender la adicción. Una persona no es su adicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 47(1), 11-21. <https://doi.org/10.54108/10001>

### ***Resumen***

Este artículo pretende ser el epítome de una trayectoria, de una línea de actuación mantenida en el tiempo y enmarcada en una visión de la persona, no como objeto de tratamiento, sino como sujeto responsable y co-constructor de la respuesta a una problemática adictiva.

Transcender la adicción es el liberar la mirada de un paradigma arcaico, opresor y estigmatizante. Es, así mismo, establecer una relación horizontal, propositiva y motivante, en vez de la relación vertical imperante. Lo técnico no debe priorizar a lo relacional.

Transcender la adicción es ir más allá de un diagnóstico; ir más allá de la consideración de enfermedad mental, para poder centrar el proceso en la persona y, fundamentalmente, en la parte sana, en la parte no contaminada, para la consecución de su ser libre, ser libre para.

Siendo la identidad una necesidad afectiva, cognitiva y activa, debe constituirse en el pilar básico del tratamiento. No se trata de rehabilitar adicciones, sino generar la posibilidad de que una persona se reencontre a sí misma en el camino de su existencia.

Cierto día se oyó un lamento “yo no soy mi adicción, no me lo hagáis creer”.

### ***Palabras clave***

Transcender, Relación, Proceso, Persona, Percibir, Paradigma, Libertad, Identidad, Adicción.

— Correspondencia: \_\_\_\_\_

Antonio García Patiño

Email: [angarpa@hotmail.com](mailto:angarpa@hotmail.com)



## **Abstract**

This article aims to be the epitome of a trajectory, of a line of action maintained over time and framed in a vision of the person, not as an object of treatment, but as a responsible subject and co-builder of the response to an addictive problem.

Transcending addiction is freeing the gaze from an archaic, oppressive and stigmatizing paradigm. It is, likewise, to establish a horizontal, purposeful and motivating relationship, instead of the prevailing vertical relationship. The technical should not favor the relational.

Transcending addiction is going beyond a diagnosis; go beyond the consideration of mental illness, to be able to focus the process on the person and, fundamentally, on the healthy part, on the uncontaminated part, in order to achieve their free being.

Since identity is an affective, cognitive and active need, it must become the basic pillar of treatment. It is not about rehabilitating addictions, but generating the possibility for a person to rediscover themselves on the path of their existence.

One day a lament was heard: "I am not my addiction, don't make me believe it".

## **Keywords**

Transcend, Relation, Process, Person, Perceive, Paradigm, Freedom, Identity, Addiction.

## **INTRODUCCIÓN**

Se pueden estudiar los comportamientos adictivos desde las investigaciones más serias, concienzudas y validadas, así como se pueden definir esas mismas conductas desde el distanciamiento teórico, basado en el paradigma imperante, médico-psiquiátrico. Pero también podemos encontrar muchas razones que otorguen o llenen una explicación de las adicciones desde la interacción diaria más allá del diagnóstico y desde el conocimiento en lo personal más allá de una historia clínica.

El ver al sujeto por el opaco cristal de la epistemología adictiva que siempre nos ha acompañado, subyace a toda intervención, nos impulsaba a realizar nuestro trabajo, nuestra intervención, con anteojeras, con lentes que reducían nuestro campo perceptual, y, por ende, nuestra respuesta en búsqueda de soluciones.

El paradigma adictivo, durante muchos años, ha sido el marcado por una serie de profesionales que en muchos casos coordinaban, compartían e imponían a otros actuantes, desde una generalización justificativa de actuaciones y por costumbramiento profesional. Un paradigma que nos llevaba, aparentemente, a unos resultados exitosos desde el diagnóstico médico-psiquiátrico.

Cuando aprendemos el diagnóstico y sus claves, tendemos a ver a una persona con un problema igual a otra persona con un problema similar; ¡aunque nada tenga que ver!, y a partir de aquí... actuamos comprobando las semejanzas diagnósticas para convencernos de las semejanzas en tratamientos y resultados. Se hace evidente que se nos olvida "algo", lo más crucial e importante, las diferencias de las personas y, por tanto, las vemos como un caso más. También obviamos

en la intervención que “una persona no es su adicción” (Gema Villa y Antonio García).

La identificación permanente con una patología, trastorno, ¿nos llevaba a algún beneficio terapéutico?, ¿nos aportaba algo o quizás cronificaba un estado de desazón de desesperanza? Alimentábamos la memoria adictiva a través de la mortificación sistemática de la persona como forma del reconocimiento de su trastorno.

Y todo esto volvía a llevarnos a otra extraña paradoja personal, personas atrapadas en la adicción y atrapadas en la solución. A algunas de ellas sólo le dejamos el diagnóstico sin más respuesta, produciéndose un complicado simple pensamiento: si no puedo ser persona en el mundo y no existe hacia mí una mínima confianza o, simplemente, comprensión, y tan sólo se nombra un nombre que se mueve y que me identifica, yo no quiero ser ese nombre, ¡soy yo!

En palabras de P. Coelho: “Lo que ahoga a alguien no es caerse a un río, sino mantenerse sumergido en él”.

Y creímos llegado el momento de parar las turbulencias identitarias y filosóficas del sujeto con adicción y, de un lado los valores de respeto, de dignidad, aceptación, y, por otro, el nuevo concepto de Salud Mental, caminar hacia una nueva concepción de las adicciones.

La identidad es una necesidad afectiva en cuanto a los sentimientos, cognitiva en cuanto a la conciencia de sí mismo y activa para tomar decisiones. Por ende, debe constituirse en pilar básico y motor del tratamiento en adicciones al ser el resultado de una historia personal y de una realidad social cambiante.

Cada persona representa o presenta un suceso único y, al no tener en cuenta este

acontecimiento, la explicación que se puede ofrecer se enmarca en el modelo y se justifica a él, cual lecho de Procusto, careciendo de toda flexibilidad. Abundando en una dramática paradoja, en nombre de la libertad construimos crónicos y recidivantes arquetipos.

Gran parte de la verdad se encuentra donde no se ve, donde no buscamos: y esto ocurre porque obviamos algo esencial que quizás se encuentre en el mundo del otro y, también, porque quizás nos perdemos girando en torno al mundo de las teorías y no buscamos donde verdaderamente está la respuesta, en la persona, en su mundo y en la conciencia de su ser.

Cada persona presenta una adicción por descubrir, pero, en vez de explorar un nuevo mundo experiencial que se nos ofrece, referenciamos el modelo ya sabido para ofrecer un diagnóstico que se justifique, no que amplíe la comprensividad al sujeto, y así nos movemos por lugares comunes ya consolidados.

Detrás o más allá de cada adicción, entendida como realidad subjetiva o realidad compartida, existe, al menos, una persona, casi siempre, varias personas que existe y es en el mundo. Quiero recordar aquí, a una paciente muy joven, con una politoxicomanía “diagnosticada” que me decía: “Quiero que me enseñes a morir, quiero aprender a morirme sin sentirlo”. Detrás de una adicción existe un gran mundo personal.

Ir más allá de la compleja simplicidad de los supuestos principios explicativos y descriptivos, quizás sea un objetivo demasiado pretencioso, pero, no es menos cierto, que considerar los comportamientos adictivos como metaexistenciales es ir más allá de esos principios.



Un máster experiencial en adicciones contiene en su currículum mentiras verdaderas, dobles engaños, dobleces cognitivas, manipulaciones y automanipulaciones emocionales, “esquizofrenia” adictiva, que es una suerte múltiple de estar en el mundo sin saber realmente a qué estado se pertenece.

Dice una máxima: “Cada máscara de carnaval es distinta”. Por lo que se hace necesario una hermenéutica adictiva ajustada a la persona y a la realidad social y cultural en la que se desarrolla. Las adicciones no son enfermedades mentales, sino que son una construcción social que varía en cada cultura, en cada momento histórico y en lo que los “normópatas” (M. Lutz) consideren normal o patológico.

Pero la respuesta debemos ligarla a la persona, de tal manera que cuando a ella no le interese su recuperación sino ella misma, entonces y solo entonces, estará en el sitio justo y en el momento preciso, para entender que la rehabilitación no es un fin, es un proceso; y la consecuencia de la voluntad de ir al encuentro de sí misma superará a la voluntad adictiva.

## PERCIBIR/PERCIBIRSE

La experiencia ocasionada por un proceso adictivo, producirá, inevitablemente, una profunda modificación en la visión que una persona tiene de sí misma y de su entorno social/familiar. La degeneración que se producirá en dicho proceso llevará al individuo a sentir las relaciones, las interacciones sociales como amenazantes.

Cuando observamos a esas personas desde el prisma adicción/problema, las mismas dificultades existenciales que siente o padece el individuo, las vivirá como asfi-

xiantes y nosotros/as lo miraremos desde posiciones estigmatizadoras. La mirada no puede ser excluyente; demasiadas veces es la teoría la que determina lo que uno puede observar y no podemos mantener una manera rutinaria de contemplar a la persona que tenemos delante.

Es importante que desde las primeras interacciones la persona con una problemática adictiva, perciba al “experto” como alguien en quien puede tener confianza, alguien capaz de comprenderle y ayudarle, con su experiencia y conocimientos, a construir una respuesta, a buscar una salida y a desarrollar su crecimiento personal. Y es trascendental y básico generar esta percepción por cuanto, y es bien sabido, la persona que en un tramo de su vida ha estado inmersa en una experiencia adictiva, presentará un alto grado de desconfianza en los demás, pertenezcan a un entorno social u otro; demasiadas veces han sido juzgados, condenados y mirados con recelo.

Debemos modificar la perspectiva de los/as participantes en la construcción del proceso recuperador, de tal manera que puedan generarse soluciones útiles y eficaces como consecuencia de una nueva visión de la situación.

A veces, las más, lo único que tienen las personas con adicción es un diagnóstico y a través de él se perciben y son percibidas. No se ve más allá, no vemos que no vemos. Pues la reputación se construye sobre lo que se ha escuchado o se sabe y no sobre la conducta del sujeto, y esto es así, en tanto en cuanto los expertos han desarrollado una relación especial con la problemática adictiva y, en consecuencia, un lenguaje específico con sus características, las posibilidades prácticas y el peligro de transmitir una imagen al sujeto, terminado éste siendo su propio prisionero.

La pérdida de entornos emocionales considerados como propios, de conexión con la supuesta “normalidad social”, de llegar a un distanciamiento tanto físico como psicológico con la consecuente pérdida relacional, llevará a los individuos a un aislamiento que, con toda probabilidad, desembocará en una sensación de soledad con las consiguientes emociones asociadas, vacío, indefensión, desesperanza, etc., que generará aún más vulnerabilidad ante la oferta de consumo y el riesgo de perpetuarlo.

Nuestras actuaciones llegarán a los pacientes determinando ciertas respuestas en ellos y modificando sus percepciones, es decir van a ser influidos. Cualquier palabra, gesto, actitud, puede hacer que la persona con la que interactuamos crea, madure, crezca,... o que se sumerja en una crisis personal, viendo un mundo sin futuro, pues uno acaba siendo lo que los demás creen que es.

*Es que yo no soy ése, no me lo hagáis creer.*

## ENTORNOS VERBALES – EL LENGUAJE

“Ganar es un proceso que implica cambiar el cómo hablamos de nosotros mismos”  
H. Kristera.

Es innegable que el lenguaje es el medio para desarrollar una co-construcción del proceso terapéutico y debemos tener muy presente que al mismo tiempo que definimos las palabras y desgranamos su significado describiendo el mundo y el momento en los que nos movemos, esas mismas palabras nos definen, nos dicen quiénes somos, ¿se apoderan de nosotros!, nos hacen o la menos hacen que creamos que somos.

No podemos menospreciar, al utilizar ciertos términos, cuánto influyen las pala-

bras en nuestras formas, actitudes y conductas. Los vocablos enfermo y cerebral, drogadicto, etc., acabarán constituyendo para la persona un estilo, una manera de estar en el mundo pues inducirán a esa persona a creerse enfermo, a considerarse un drogadicto, ludópata, etc., al asumir el significado, el contenido de las palabras.

La cronicidad diagnosticada, el “para toda la vida” que encadena, puede generar, provoca en la persona expectativas desalentadoras, abandonos de la intencionalidad de cambio pues no existe, probablemente una indefensión ante el trastorno adictivo.

Las palabras pueden modificar la importancia de un hecho, de un estar e, incluso, de un “ser en el mundo”. No es lo mismo nombrar a una persona con adicción, que nombrarlo como “enfermo cerebral”, al no ser igual realizar la designación en la “persona” que en los términos “adicto”, “enfermo”,... adicción, enfermedad, pues, en ese mismo momento, los últimos términos se apoderarán del primero y llegaremos, así, a hablar de adicto, enfermo, sin nombrar a la persona.

“Las personas nos construimos en las relaciones y la comunicación es el proceso que las hace posibles”. X. Guix i García.

Cualquier momento en la vida ocurre inmerso en conversaciones y, básico, donde sentiremos la realidad que nos circunda y en la que nos sentimos vivos. A veces, en el tratamiento, no existe un diálogo. Se da un monólogo imperativo en el cual una de las dos partes no participa.

Si queremos una realidad potente, positiva y fuera del espacio adictivo, debemos generar una conversación abierta, reflexiva y donde se pueda producir la solución.



Una conversación verdadera requiere atención desde la actitud, y quietud en el tiempo, la pausa de compartir los instantes, para desarrollar decisiones compartidas para crear nuevas realidades.

Existe una palabra, concepto, a saber, parresía, “la parresía recurre al diálogo y al tú a tú”. J. M. Esquirol. Generando un espacio dialógico en el cual el lenguaje es compartido en el sentido, contenido y común en las ideas y en el significado

## RELACIÓN

Quizás llega el momento en el que la incertidumbre, el vacío y el autodesprecio se apodera de la persona, en ese momento es fundamental marcar el propósito que la mueva hacia un futuro, tal vez incierto pero futuro al fin y a la postre.

La indefensión experimentada le cae como una losa en forma de diagnóstico. Y estas personas con adicción padecen un sufrimiento que no solo es consecuencia de su adicción sino de un entorno relacional familiar/social, que pueden llevar el padecimiento adictivo a extremos insoportables, perpetuando, así, una búsqueda para encontrar a alguien que no los estigmatice ni los margine, en definitiva, que no los humille.

Lo que nos diferencia de las personas con adicciones, ni más ni menos, es dónde establece el límite esta sociedad adictógena entre consumo normal o adicción y que una vez que se supera pasa el individuo a convertirse en adicto. Es más, tendríamos que plantearnos, ¿de qué normalidad hablamos? No podemos obviar que las adicciones las escriben las sociedades, las culturas.

Las más de las veces los individuos con un trastorno adictivo sienten que tienen

que estar agradecidos por el hecho de ser “tolerados”; pero la actitud de aquellos que toleran puede llegar a ser ofensiva porque no quieren ser sufridos sino que los vean de igual a igual y sentirse aceptados.

Así, partiendo de una sana modestia, podemos hablarles reconociendo no tener la solución, pero sí podemos acompañarlos en la búsqueda, en el camino de la co-construcción de la solución. Las personas en su relación se prestan información en busca de soluciones. Podemos reconducir la relación hacia un lugar donde encuentre la respuesta la parte más humana de la conducta adictiva. Consideramos error ver solo la enfermedad de los pacientes y pasar por alto la salud.

La relación terapéutica es uno de los pilares donde se asienta la eficacia de la intervención, puesto que, las deficiencias sufridas en el plano relacional, es uno de los efectos más dolorosos. La actitud con la cual nos relacionamos será la génesis que desarrollará contextos donde se produzcan cambios constructivos.

Debemos ser conscientes dentro de la relación, de nuestra función servicial. El experto debe facilitarle al paciente que acceda a sus habilidades, a sus aptitudes y posibilidades para, llegado el momento, desligarse de la relación. Intervenir para crear nuevas posibilidades evitando el reduccionismo ajustado, pues los fenómenos, cambios, que se produzcan derivarán de la relación desbordando el ámbito personal.

La relación no puede ser vertical, propugnamos una relación directa, horizontal y propositiva; lo esencial es que se base en respeto mutuo y en la tolerancia. Lo técnico no debe priorizar a lo relacional, para así poder crear una relación que vincule a los participantes, existimos en cuanto seres en relación. El pa-

ciente no puede mirar al profesional desde lo más profundo de la culpa o la sumisión, sino desde un plano de igualdad para poder construir la solución. Obligados a respetarles y escuchar y a dotar la relación de una seriedad que desestigmatice al individuo.

La pregunta a contestarnos sería, ¿qué tipo de relación podemos construir para que la persona que tengo enfrente, o junto a mí, pueda utilizarla en su propio proceso de desarrollo.

La aceptación del individuo con un trastorno adictivo, generará en él el sentimiento de ser valorado como persona que es y está en el mundo. Y la condición para que exista esa aceptación es la comprensión, de sus sentimientos y emociones, de sus actitudes y conductas, en definitiva, de su todo como persona.

Hablamos de libertad, pero la persona que se acerca buscando una respuesta, lo hace condicionada por su situación, por una fuerte carga social que la aprisiona, que la estigmatiza y que coarta la imagen y definición de sí misma.

Cuando una persona acude a un centro, asociación, cualquier lugar buscando una respuesta o solución, y se reconoce con un problema de adicción o consumo problemático, deja de ser adicto “en sí mismo”, para ser adicto en relación. La relación es lo que cura. Ese encuentro potenciará su capacidad para cambiar y desarrollar la confianza en sus potencialidades que, quizás, él ignora.

Podemos hacer que se sientan influidos por nuestras actitudes, por algún gesto, porque los llevamos en la creencia de poder crecer, madurar, disfrutar... o que se sumerjan en su mismidad, crisis personal, pues lo llevarán a su lado más oscuro, del que quieren salir. Uno acaba siendo lo que los demás creen que es.

## **PROCESO: DESDE LA CONDUCTA ADICTIVA A LA AUTONOMÍA CONDUCTUAL**

Se presenta una definición de adicción para reflexionar sobre el proceso. “La adicción como un “suceso vital”, que llevará al individuo con un trastorno adictivo a una disfunción de sus actividades y comportamientos y a una disfunción en su esfera cognitiva y emocional”. (García Patiño, 2017)

La pregunta de inicio sería: ¿qué puede hacer una persona con adicción en lugar del comportamiento adictivo? En la intervención, la persona, desde un primer momento, debe sentirse libre por cuanto es un ser que pertenece a una sociedad dentro de la cual se relaciona y comunica.

Un día una paciente manifestó una frase que quizás resuma sin posibilidad de mejorarla el sentimiento del diagnóstico y la carga de la definición de adicción: “Todos los días me levanto con los mismos muertos”. ¿Cuál es el resultado de tanto esfuerzo diario, de tanto agotador? El volver a iniciar el esfuerzo. La desesperación más intensa se apodera de uno al comprobar que hay que empezar de nuevo. Mito de Sísifo. “Ya no me soporto más, no soporto mi adicción. No me cabe más esclavitud, no tolero más pérdida de libertad”.

Si convertimos, se convierte el individuo en una persona que solo sufre, sin expectativas posibles, se incapacitará para tener una visión de futuro, una esperanza, un propósito de vida. ¿Cómo podemos aliviar el sufrimiento? A través del respeto, acompañamiento, comprensión y empoderamiento.

Cuando planteamos una intervención, habitualmente se dicta como profesionales



expertos con escasa o nula participación de quienes viven su adicción, siendo estas personas beneficiarias de nuestra intervención y obedientes sumisos de las indicaciones. El paciente debe sentirse sujeto de su proceso recuperador y no objeto de tratamiento.

El enfoque que nos ha traído hasta aquí, es trabajar con aquello que posibilitará un cambio y no con aquello que lo impide. Es un enfoque propositivo, motivante, cooperador, que lleve a los participantes a la co-construcción de la solución. Lo relevante es la persona como ser en el mundo y como fuente de solución de su propia adicción. Coconstruir implica respeto mutuo, apoyo y acción conjunta.

La intencionalidad recuperadora se fundamenta en una motivación de logro, jamás en un miedo al fracaso, miedo a la "recaída". El aferrarse a ciertos logros, que en un principio se consideran básicos y que se pudieron constituir en solución primaria, pueden impedir, posteriormente, la consecución de otros mayores beneficios y, quizás, del fin último. Convertirse en rehenes de ciertos logros es olvidarse de aquello que supone el objetivo final, la libertad.

En todos y cada uno de los individuos existe algo que sí funciona, su identificación es la base del proceso que nos tiene que presentar el potencial de la persona para su impulso; si nos quedamos en distinguir y referenciar las incapacidades lo que obtendremos será fracaso.

Si partimos de un principio propositivo, se conseguirá que la persona se desarrolle con sus activos positivos, con sus fortalezas y sus aptitudes, los recursos que sigue teniendo. Trabajar con todo lo bueno de las personas, ¡que es más! Se generará la necesidad de ser aquello que es la persona

en sí; de reconocerse en sus actos y en sus decisiones; de sentirse en lo que le pertenece, sean acciones o comportamientos, sean estados, emociones o sentimientos. Nace la necesidad de estar bien con uno mismo.

Cuando se inicia el proceso de respuesta a una situación adictiva, aparece un dilema de identidad pues el individuo se planteará ¿quién soy?, y cómo se responde a esa pregunta, desde la parte sana o la parte contaminada, desde la persona o el diagnóstico, desde la apariencia o la profundidad del ser.

Todos los que han recorrido una experiencia adictiva, de una u otra forma han experimentado una desintegración de su yo; hemos de mostrarles que pueden reagruparlo, para con ello volver a construir otra variedad de su existencia, del juego del vivir y que solamente necesitan ser las personas que son, para con las piezas que poseen, volver a experimentar el sentimiento de estar vivos y mirar el futuro con muchas posibilidades.

Proponer la búsqueda del sentido de la vida en esos momentos de incertidumbre y ambivalencias, como un proceso de crecimiento y equilibrio tanto psíquicamente como emocional, afectivo y social, para seguir creyendo en la posibilidad de un cambio, para seguir creyendo en la persona.

La finalidad de todo el proceso es superar la patológica falta de libertad para llegar a la libertad del propio individuo, porque si no, nos encontramos con soluciones para personas atrapadas en la adicción y ¡atrapadas en la solución! "Y ahora que habéis roto el muro con vuestra cabeza, ¿qué haréis en la celda de al lado? S.J. Lec.

La toma de decisión del paciente pone en verdad que, a partir de la adicción, existe una libertad en él mismo que se basa en de-



cidir saltar fuera de la misma. “Recuperarse” significará ir desplazando un estilo de vida adictivo en el que la adicción era el impulso de los comportamientos enmarcados en ese estilo, e ir ocupando ese lugar nuclear con la convicción que parte de saberse libre, de sentirse libre, con un estilo de vida en el cual no tienen cabida ni los comportamientos, ni las actitudes, ni todo aquello que esclaviza a la persona.

Sabemos que la adicción es falta de libertad, pero también estamos obligados a saber que no es la total falta de libertad, y esta reflexión nos lleva al objetivo nuclear del proceso, más que “la libertad de” sería “la libertad para” como motor; libertad para ser independiente, libertad para decidir, libertad, en definitiva, para conseguir la autorrealización.

Cuando alguien acude a consulta, generalmente se habla del porque, el sujeto hace una narrativa que se referencia únicamente en la casuística, causas muchas veces indefinidas y borrosas. Pero antes o después, en el transcurso de las sesiones, aparece la pregunta que confiere y da sentido a la relación terapéutica, “¿para qué asiste?, ¿para qué acude?”

La propuesta de intervención en el proceso, es partir desde “la parte sana de la persona” (Villa Bermejo, 2017), desde lo positivo, con sus sentimientos, sus emociones, etc. La parte que se sustenta en la persona misma y no en la adicción, y no en la patología, no en la enfermedad; trabajar desde el valor y no en las posibles deficiencias. No podemos obviar que trabajamos con personas con adicción, y, ¡¡este orden sí importa!!

La parte sana existe en las personas, y es inherente a ellas desde el impulso y las

tendencias a desarrollar las capacidades que posee. De ahí que nuestra intervención descanse en este convencimiento, en el impulso de crecimiento y el deseo de superación personal de las personas que las lleve a su autorrealización.

En el proceso no pueden ser válidos ni la actuación prefijada ni el modelo rígido a seguir, solo existen pacientes y momentos existenciales y serán ellos mismos con el asesoramiento que sea necesario los que determinen y generen la actuación a llevar a cabo. El proceso se va construyendo a sí mismo y se adecua a cada situación y a la persona en esa situación.

Debe ajustarse e ir construyéndose en función y a la medida del impulso recuperador, no de la adicción; de las nuevas ideas generadas y de las estrategias que van resultando eficaces, rechazando cualquier posición rígida y, desde una actitud empírica y continuamente actualizada, reconocer a las personas y sus sucesos y cuáles están en condiciones de ser cambiados.

## FINAL

Propugnamos desde hace tiempo que la adicción contamina una parte de la persona, pero no es la persona, pues una parte de ella sigue existiendo a pesar de o libre. Las personas no son su adicción, son ellas, ellas, y sus entornos sin excusas.

Creemos en la capacidad del ser humano para usar el repertorio de experiencias y potencialidades que posee y quizás ignore. Es decir, las personas poseen los recursos para superar la problemática adictiva que las ha llevado a solicitar ayuda y, por tanto, debe usar esos recursos de que dispone para ha-



cerse cargo de ellos mismo y no ceder esa responsabilidad a un agente externo.

La eficacia de la intervención se fundamenta en la capacidad de la persona para efectuar el cambio, y esa capacidad se desarrollará en el encuentro con otras personas. Cada individuo puede mejorar y es importante, pues cada uno posee sus propias posibilidades de crecimiento.

La forma de romper con un trastorno adictivo es ampliar las propias capacidades y las limitaciones que se experimentan.

Consideramos que hemos llegado al acuerdo que la adicción es la falta de libertad, cuando la libertad y la decisión no pertenecen al individuo, pero ¿toda la libertad de decisión?

La cicatriz de la adicción existe, pero ya no existe la herida. No se puede seguir hurgando para que siga sangrando. La experiencia adictiva debe ser asumida y es irreversible porque vivir lo es, pero eso no conlleva vivir encadenado. La solución es del propio paciente y es el que tiene que dotar a su vida de un sentido; sentido para que el ser se realice en él con toda su emoción e intención existencial.

A la hora de entender y afrontar un trastorno adictivo desde lo individual, familiar, social o desde la inmensidad de las relaciones, debemos cambiar la mirada para que nuestra visión sea menos negativa y el estigma desaparezca.

Así cuando miremos a una persona con un trastorno adictivo, veamos a una persona y no un diagnóstico, para que pueda sentirse ella misma como ser en el mundo.

Para acabar: **Quien sólo entiende de adicciones, no entiende de adicciones.**

## Conflicto de intereses

El autor manifiesta que no existe conflicto de intereses.

NOTA. Este artículo corresponde a una línea de intervención mantenida en el tiempo, desarrollada y consensuada con Gema Villa Bermejo, psicóloga, experta en adicciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ambrosio Flores, E. (2002). *Psicobiología de la Drogadicción*. UNED. Dpto. de Psicobiología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37(2).
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Edic. Destino, imago mundi.
- Camps, V. (2005). *La voluntad de vivir*. Edic. Ariel.
- De Vicente, A. y Villamartín, S. (2007). La adicción no es producto de factores genéticos o de un desequilibrio bioquímico. *Papeles del Psicólogo*, 28(1).
- De Vicente, A. y Berdullas, S. (2019, 19 de septiembre). Bélgica se posiciona en contra del DSM, apostando por un cambio en el paradigma en Salud Mental. INFOCOP.
- Elster, J. (2001). *Sobre las pasiones*. Paidós.
- Esquirol, J. M. (2015). *La resistencia íntima*. Acontilado. Barcelona.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1965). *Tratado de Psiquiatría*. Toray-Masson. Barcelona.



- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Edi. Ariel
- García de Vinuesa, F., González Pardo, H. y Pérez Álvarez, Marino, (2014). *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Alianza Editorial.
- García Patiño, A. (2003). Alcohol y Juventud. III Congreso Nuevas Técnicas en Alcoholismo.
- García Patiño, A. (2021). Yo no soy mi adicción. Jornadas AMALAJER.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza Editorial. Madrid.
- Kuhn, T.S. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. México. Madrid.
- Kuhn, T.S. (1983). *La tensión esencial*. Fondo de Cultura Económica. México. Madrid.
- La Rosa, E. (2009). *La fabricación de nuevas patologías. De la Salud a la enfermedad*. Fondo de Cultura Económica. Lima. Perú.
- López Castilla, C. J. (2015). La medicalización de la infancia en Salud Mental: El caso paradigmático de los trastornos de atención. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 174-181.
- Lütz, M. (2010). *¿Estamos locos?* Sal Terrae. Santander.
- Maturana, H. y Varela, F. (2003). *El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano*. Edi. Lumen.
- ONU. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. [www.infocop.es/pdf/InformeONU.pdf](http://www.infocop.es/pdf/InformeONU.pdf)
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (Coords.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I – Adultos*. Ediciones Pirámide.
- Pérez Álvarez, M. (2011). El magnetismo de las neuroimágenes: Moda, Mito e Ideología del Cerebro. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), pp. 98-112.
- Pérez Pérez, T. (2017). El enfoque apreciativo, valiosa herramienta para construir cultura de paz. *Revista de la Universidad de La Salle*, (72).
- Ordine, N. (2013). *La utilidad de lo inútil*. Acantilado Bolsillo. Barcelona.
- Puerta, C. y Pedrero, E. (2017). La falacia de la adicción como enfermedad mental. Las drogas.info. Recuperado de: <https://www.lasdrogas.info/opiniones/la-falacia-de-la-adiccion-como-enfermedad-cerebral/>
- 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.
- Tirapu Ustárriz, J., Landa González, N., y Lorea Conde, I. (2004). *Cerebro y Adicción. Una guía comprensiva*. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Villa Bermejo, G. (2016). Trabajar con la parte sana de los pacientes. Curso de Monitores. Huelva.
- Watzlawick, P. y Krieg, P. (Comps.) (1998). *El ojo del observador*. Gedisa Editorial.
- Wiener, N. (1995). *Inventar. Sobre la gestación y el cultivo de las ideas*. METATEMAS 40. Tusquets Editores.