

Capítulo 7. La recaída

He descrito la recuperación como la restauración progresiva de la función de contacto y el ensanchamiento del campo interpersonal a través de una sensación más plena, de un darse cuenta desarrollado y de acciones no habituales. La recaída, desde esta perspectiva, es la progresiva, y a menudo gradual, disminución de contacto.

El modelo médico describe la recaída como la aparición de síntomas de la enfermedad después de un periodo de remisión. Este es un enfoque inadecuado para el propósito de la terapia con adictos. Es una proyección de un proceso interno en algo abstracto que hace que la persona se comporte de cierta manera.

Lo que llamamos *recaída* empieza con cambios en la forma en que el adicto se comporta, siente y piensa; altera su forma de establecer contacto con el ambiente y con el *self*. El estilo de contacto del adicto que recae empieza a parecerse más al ciclo de la adicción, solo que sin la droga. Gorski y Miller desarrollaron señales de alerta y un proceso de etapas para el regreso a la adicción. Estas señales van desde la dificultad para pensar, hasta problemas de memoria, irritabilidad, depresión, conductas interpersonales erráticas y retraimiento.

El modelo Gestalt encuadra esto al explicar los aspectos que reducen el contacto, tanto con el *self* como con otros. La recaída es una reversión de un ciclo o proceso de contacto más pleno, al antiguo ciclo estrecho del adicto y al foco limitado al *self*. Es un proceso de retroceso hacia un viejo patrón de modulación del *self*, que termina en la acción de consumir drogas de nuevo. La tarea terapéutica consiste en identificar este proceso *antes* de que el adicto llegue a la fase de la acción, y ayudarlo a identificarla.

Este capítulo describe cinco patrones de conducta comunes que llevan a la recaída. Después de cada descripción se dan ejemplos clínicos, presentados en el contexto del modelo de automodulación de la recuperación. Estos cinco patrones de la recaída son:

- Tipo A: El adicto enfatiza la acción sobre el significado y la autoconsciencia, y regresa a la adicción por la sensación de acción que produce.
- Asuntos inconclusos: El adicto evita alguna conducta del pasado o algún asunto inconcluso y, como resultado, regresa al patrón adictivo de contacto.
- Recaída crónica: El adicto sigue en recuperación solo por una temporada corta, casi sin moverse hacia la primera etapa antes de regresar a la adicción por completo.
- Recuperación condicional: El adicto regresa a la adicción por una condición preestablecida —“me mantendré sobrio siempre y cuando...”— que no se cumple, para que la adicción parezca una respuesta justificada.
- La recuperación a largo plazo solitaria: El adicto se siente olvidado y poco valorado por los demás, incluyendo a su familia y a otros adictos en recuperación, y regresa a la adicción con la sensación de que la recuperación ya no vale la pena.

Todos estos tipos de recaída son ejemplos del paso de un proceso de contacto más pleno, a un patrón de contacto análogo, al patrón sensación-acción de la adicción. Algunos cambios fundamentales en la función de contacto podrían no haber ocurrido nunca, o el adicto que recae puede haberlos revertido después de algún tiempo —incluso años— de contacto más pleno. La figura 3 ilustra este paso de un contacto más pleno al ciclo fallido de sensación-acción.

En el ciclo de contacto completo (mostrado en el lado izquierdo de la figura 3), una persona elabora las sensaciones hacia un darse cuenta más pleno, lleva a cabo acciones enfocadas con base en el surgimiento del acto de darse cuenta, mantiene el contacto y asimila y cierra la experiencia de contacto. Aunque ningún adicto en recuperación hace esto sin interrumpir cierto contacto, el patrón general de contacto para el adicto en recuperación es similar al ciclo completo. A medida que la persona empieza a moverse hacia el ciclo aplanado (que se muestra en el lado derecho de la figura 3), está sobreestimulado. Una respuesta a este proceso es desensibilizarse o deprimirse. Irónicamente, otra respuesta común al sentirse sobreestimulado es volverse más activo, hacer

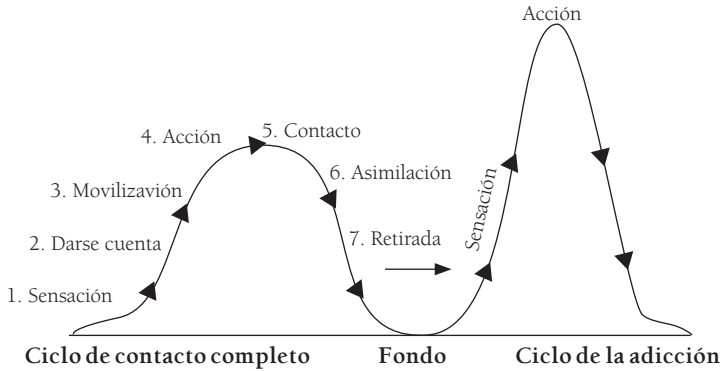


Figura 3. La recaída como disminución progresiva del contacto

más y hacerlo más rápido. Me he topado con muchos adictos en recuperación que han recaído y que parecen estar en un remolino de actividad, sin ningún enfoque. A menudo, estas personas se sienten enojadas y no pueden definir la razón de su enojo. Como un adicto me dijo alguna vez, “estoy enojado con todo y con todos. No sé por qué”.

En la recaída, las polaridades de la recuperación también están desbalanceadas, pues el adicto en recuperación empieza a recrear el campo de frustración, aislamiento y dolor que son elementos que sirven de base para el consumo de drogas. Los adictos que recaen se sienten menos reconocidos por los demás, tienen un foco en sí mismos más estrecho, y a menudo obtienen su mayor satisfacción de los momentos de mucha actividad. Se sobreestiman a sí mismos y se desprenden de los apoyos ambientales. Al final, los adictos que recaen experimentan su campo interpersonal como una situación de “hacer o morir”; todo es crisis.

Esta conducta en la recuperación es una imagen en espejo del proceso de separación del adicto de los demás y de sus propios sentimientos cuando consume. En este proceso, quien recae emplea un discurso desconectado, desensibilización física y evitación, en vez de drogas pero con los mismos propósitos que estas sustancias cumplían antes. El adicto puede empezar a sentirse diferente, sin relación con los demás. A menudo se involucra en un nivel constante de actividad: trabajar, limpiar, preocuparse u otras formas de acción. Los adictos que recaen parecen motivados, como cuando consumen drogas. Su énfasis está en la acción, con poca o ninguna atención a darse cuenta o al cierre.

El resultado de esta actividad es que los adictos que recaen pueden ser menos conscientes de lo que experimentan, al tener todo su foco en la acción. Los programas de 12 pasos a menudo apoyan, sin querer, este nivel de actividad. Su énfasis en hacer se lo apropian los adictos como una forma nueva de controlar al *self*.

Patrón de recaída Tipo A

En terapia con un adicto en recuperación que ha empezado con este patrón, tiendo a llevar su atención a las sensaciones que experimenta y a enfocarme menos en la acción. Otra aproximación que he empleado es describir con detalle los procesos del adicto, resaltando su ritmo y lo que podría faltar —como una figura claramente definida, acciones opcionales, etc.—. Los adictos en recuperación a largo plazo están menos disponibles emocional y cognitivamente en los procesos de recaída. Esto no siempre es evidente, porque pueden asistir a reuniones de 12 pasos y hablar con la jerga de la recuperación, explicando el cambio en su conducta como si se dieran cuenta de él.

David: “Seguir con mi vida”

David estuvo libre de drogas durante siete años cuando emprendió un camino que describió como “seguir con mi vida”. Regresó a la universidad, se compró un auto nuevo y consiguió un trabajo bien pagado y estresante —todo en seis meses—. Al principio, se veía como él mismo, solo que más ocupado. Empezó a faltar a las reuniones de AA y a olvidar labores o promesas que había hecho a otros. Más tarde dijo que tenía “visión de túnel”, pues veía el camino enfrente de él, pero casi nada más. Se volvió irritable y explicaba esta irritación como resultado del estrés.

Este proceso llevó más de tres años. Iba a bares, bebía agua mineral con gas, socializaba con mujeres que bebían, sin decirles que él no estaba bebiendo alcohol y sin decirles a sus compañeros en recuperación que acudía a bares. Empezó a vivir en dos mundos, compartimentando su vida. Cuando su padrino de AA lo confrontó por pasar tanto tiempo alrededor del alcohol y lejos de personas en recuperación, David dijo que no tenía tiempo de hablar, pero que le agradecía los comentarios.

David empezó a tomar un poco de gin con su soda. En unas semanas, ya consumía píldoras y en tres meses ya había vuelto a inyectarse narcóticos. Se

volvió hostil y abusivo en el trabajo. Finalmente, lo arrestaron por conducir en estado de ebriedad y la corte lo hizo regresar a las reuniones de Alcohólicos Anónimos.

El “primer trago” de David fue el resultado de un proceso que había empezado años atrás. Beber no estaba en su darse cuenta. Lo que se hizo figura fue seguir con su vida, una meta totalmente sana. El problema no era la meta de David, sino su proceso para lograrla, que lo llevó a perder su trabajo, dejar la universidad y estrellar su auto. Su proceso o estilo consistía en darse cuenta cada vez menos de sí mismo al volverse cada vez más activo. Pasó de sensación a sensación, actuando con base en muchas figuras de manera simultánea. Dijo después que “trataba de compensar todos los errores que cometí cuando consumía. ¡Pensé que ahora era cuando podía hacerlo!”. Implícito en ese deseo estaba una falta de aceptación de su pasado. Esa negación, en conjunto con su preferencia por un ritmo rápido, desensibilizado, fue el principio de su recaída.

La historia de David muestra la diferencia entre hablar sobre sí mismo y hablar sobre el rango completo de los propios sentimientos y experiencias. A medida que los adictos en recuperación recaen, se expresan cada vez más en la forma de “hablar sobre”. Esto es como actuar por inercia en el contacto, lo cual propicia la separación de los propios sentimientos y de la experiencia. Al separar sentimientos y sensación del discurso, los adictos se incorporan cada vez menos al campo interpersonal.

Patrick: Mister AA

Patrick ha estado activo en AA desde que dejó de beber. A menudo le piden que hable en las reuniones y durante 15 años se ha involucrado en ayudar a otros adictos en recuperación. Después de los primeros años de su recuperación, el foco de Patrick se ha alejado de sí mismo y casi exclusivamente se ha dirigido al servicio a los demás. Con frecuencia, reconoce esto diciendo, “así es como logro mantenerme sobrio, al no estar centrado en mí mismo”.

Con el tiempo, el estilo de contacto de Patrick con los demás se ha basado más en coincidencias aparentes más que en la reflexión o la comunicación. Su experiencia continua era de confluencia; advertía poca o ninguna diferencia con respecto a los demás, y muy poco darse cuenta de sí mismo. Hablaba con la jerga de la recuperación, que parecía asumir un entendimiento con los demás, una especie de guiño, una forma de hablar tipo “nosotros entendemos”.

Patrick había pasado por la primera etapa de recuperación y permanecía al inicio de la segunda. Sin duda había dominado la complementariedad. Su lucha era experimentar plenamente el límite entre él mismo y los demás, lleno de diferencias y nuevas experiencias, pero, por el contrario, se mantenía a sí mismo en un estado fijo con poca variación en los sentimientos externos. Este proceso era el inicio de la recaída de Patrick, igual a su patrón de consumo de alcohol. En vez de mantenerse a sí mismo a través de la droga, lo hacía evitando cualquier cambio interno, lo cual lograba al separarse a sí mismo de sus sensaciones mediante el razonamiento.

En algún momento, Patrick llegó a estar tan ocupado con el programa, que dejó de prestarse atención a sí mismo. Rara vez hablaba de alguna dificultad con alguien. Cuando empezó a tener problemas de salud, Patrick redobló su nivel de actividad. Tuvo un pequeño infarto y empezó a abusar del medicamento prescrito durante las siguientes semanas a su cirugía. Cuando otros alcohólicos lo confrontaban sobre esto, su respuesta era, “soy un alcohólico, no un drogadicto. No necesito preocuparme por las drogas”. Solo cuando empezó a beber de nuevo estuvo dispuesto a aceptar el largo proceso de recaída que había culminado en el regreso al alcohol.

Un amigo de Patrick me consultó, me pidió sugerencias para apoyarlo. Mi recomendación fue tener una reunión con Patrick y algunos de sus amigos de AA para hablar con él sobre lo que había hecho. Mi intención era aumentar el estado de darse cuenta de Patrick de aquello que podría hacer que fuera distinto, y sobre cómo su conducta afectaba a los demás. Hice esto junto con otro terapeuta, y esto ayudó a Patrick a hablar con mayor libertad sobre su vergüenza por haber consumido de nuevo y también para escuchar a los demás hablar sobre su relación con ellos.

Ni David ni Patrick pasaron por la tercera etapa de recuperación. Patrick nunca desarrolló la competencia interpersonal ni se permitió a sí mismo experimentar la variedad de límites de contacto con los otros. No diferenciaba ni contactaba plenamente con los demás, sino que se conformaba con una forma “como si” de confluencia. Los demás no conocían su experiencia. David se enfocó tanto en adónde iba, que dejó de darse cuenta de dónde había estado y descuidó sus relaciones actuales. Ambas recaídas se caracterizan por una pérdida de darse cuenta, por basar el foco en la actividad, lo cual recrea el patrón de contacto de la adicción a través de mucha actividad. La otra coincidencia en ambos casos es la disminución o pérdida de contacto interpersonal.

Asuntos inconclusos

En terapia Gestalt, el principio de asuntos inconclusos describe el proceso persistente y natural de nuestra necesidad de tener un cierre o resolución de las experiencias. Siempre tenemos temas pendientes, pues no todas las situaciones pueden resolverse por completo. Para los adictos en recuperación, los asuntos personales e interpersonales no resueltos pueden conducir al regreso del consumo de drogas. Esto sucede cuando el asunto inconcluso —un recuerdo, por ejemplo, o una cuestión de orientación sexual— continúa en el darse cuenta del adicto y él necesita lidiar con el sentimiento que provoca ese recuerdo o esa cuestión. Debido a que este patrón puede conducir al consumo de drogas, AA y NA se enfocan de manera considerable en terminar con conductas del pasado. El siguiente caso es un ejemplo del efecto de los asuntos inconclusos en la recaída del adicto.

Alice: Timidez crónica

Alice estuvo en abstinencia más de 10 años. Asistía a reuniones de AA de manera regular y hablaba en el lenguaje del programa, pero Alice nunca había lidiado con su intenso miedo a las personas, especialmente con el miedo a conocerlas por primera vez. Entraba a las reuniones y de inmediato se sentaba atrás. Si alguien se acercaba, sonreía y le daba la mano. No iniciaba conversaciones, excepto en raras ocasiones con personas que ya conocía. A menudo asistía a pequeñas reuniones —pero nunca se permitía estar en pequeños grupos—. Podía trabajar desde su casa y mantenía la mayor parte del contacto con los demás por teléfono. Alice se negaba a acudir a terapia como sugería su madrina de AA y sus amigos, porque “el programa me da todo lo que necesito”.

Después de que Alice empezó a asistir de manera regular a ciertas reuniones, se sentía menos ansiosa con respecto al contacto interpersonal que pudiera experimentar en ese lugar. Al ser una insaciable lectora, devoraba la literatura de AA y era capaz de citarla por capítulo y verso. Su vida mejoró cuando dejó de beber, y era capaz de disminuir su miedo a los demás.

Sin embargo, con el tiempo, Alice no pudo seguir trabajando desde su casa; tuvo que ir a trabajar a un ambiente de oficina grande con muchos empleados. Alice se ponía ansiosa en esta situación y “muy nerviosa”. Se sentía abrumada por su experiencia cotidiana y poco a poco dejó de acudir a las reuniones para poder reponerse del día. Una tarde, Alice se detuvo en una tienda de licor y compró una botella de camino a casa después del trabajo. No bebió,

pero se sentía “más segura” sabiendo que tenía la botella con ella. Alice sintió cada vez más dificultad para enfrentar a las personas en el trabajo y evitaba tareas que la hicieran tener contacto con los demás. Este patrón hizo que su desempeño se viera afectado y despertó la preocupación de sus compañeros. Su supervisor la confrontó y, cuando se ausentó unos días por sus miedos, le dieron una opción: o buscaba tratamiento o perdía su trabajo. Alice pidió una cita al día siguiente.

El foco inicial de mi trabajo con Alice era ayudarla a examinar lo que la había llevado a su proceso de recaída y casi volver a beber. De lo que se dio cuenta fue de su patrón de evitación social. En su recuperación, nunca había ido más allá de su estrecho círculo de seguridad, y no había desarrollado formas de lograr sentirse más segura de sí misma. En terapia, ella hablaba de sus miedos y de cómo el alcohol la había ayudado a sentirse segura, “como una cobija caliente”.

Alice regresó a las reuniones de AA y siguió en terapia. El foco constante en nuestro trabajo era ayudarla a resolver o trabajar con sus miedos a los demás. Esto la llevó a recordar el miedo de su infancia a los grupos grandes, que empezó cuando sus papás se estaban divorciando. Mediante visualizaciones de estar en esos grandes grupos, Alice experimentó lo asustada que había estado de niña. Continuó este trabajo individual al incorporarse a un grupo de terapia en el que desarrolló y practicó el autoanclaje y estar en contacto con los miembros del grupo de manera individual, en vez de verlos como una masa, como había visto a los grupos de niña. En terapia, Alice empezó a trabajar con las tareas de la segunda etapa de la recuperación, especialmente la de tolerar el contacto con los demás y empezar a definir sus límites, o sentido del *self* en relación con los demás.

Tanto en la experiencia de Alice como en la de David, el regreso al ciclo de la adicción empezó antes de realmente volver a beber. Ni David ni Alice tuvieron pensamientos o fantasías secretas sobre beber un trago; ni era la intención de ninguno de los dos.

Tanto David como Alice tenían asuntos sin resolver o inconclusos en los que no habían trabajado en la recuperación. Para David, era su sensación de ser un fracaso; para Alice, su aversión fóbica a los demás. Cada uno empezó la recuperación y finalmente se quedó atorado en un patrón de hábito, sin explorar la importante apuesta que seguía. Estos cambios no eran observables al inicio desde una perspectiva conductual; ambos asistieron a reuniones duran-

te años y su vida parecía funcionar, pero si vemos su proceso desde el punto de vista de la automodulación, estrechaban o reducían sus interacciones con los demás, y regresaban al estilo de contacto en el que iban de la sensación a la acción con un mínimo darse cuenta.

Recaída crónica

Uno de los patrones más comunes de la recaída es cuando el adicto en recuperación está en abstinencia y en recuperación por periodos cortos, y regresa al consumo de drogas una y otra vez. Este es el tipo de recaída que los orientadores y terapeutas ven en los centros de adicción de pacientes externos y en las unidades de desintoxicación. El lapso entre los consumos de droga varía desde unas cuantas semanas hasta un año.

Lo que he visto que se repite es que el adicto que recae pasa por un lapso o una etapa de recuperación similar, y después vuelve a consumir. Muchos de los que trabajamos con estos adictos hemos sentido frustración y confusión frente a este proceso. Puedo pensar en muchas ocasiones en las que me he preguntado qué me faltó.

Una imagen de esta experiencia frustrante es la de un profesional clínico en una sesión de supervisión en la que literalmente se rascaba la cabeza y decía, “no sé”. A veces, como profesionales, encontramos consuelo, como hacen los miembros de AA y de NA, en pensar en una explicación para la recaída del adicto: “él nunca aceptó su impotencia... ella no ha terminado de beber aún...” Esos análisis *a posteriori* pueden ser útiles para explicar, pero ofrecen poca dirección en el trabajo con la recaída.

Lo que me resulta evidente es que el adicto que recae de manera crónica ha establecido un ciclo que incluye el consumo de drogas, la abstinencia y el consumo de drogas de nuevo. Si sigue recayendo, entonces necesitamos abordar este ciclo en terapia. ¿Cómo le resulta funcional este ciclo a este adicto? ¿Es acaso la meta del adicto la recuperación, o solo una abstinencia temporal o un alivio frente a la tensión de consumir drogas? ¿Qué aprende el adicto que recae de manera crónica durante la abstinencia y cada recaída subsiguiente? ¿Cómo el trabajo continuo con esta persona en terapia puede reforzar o hacer que este patrón sea normativo? Estas son algunas preguntas que me ha parecido útil plantearme a mí mismo y a cualquier adicto en esta situación para poder abordar el patrón de recaída crónica como automodulación.

Toni: “Cuando las cosas se ponen aburridas, empiezo a consumir de nuevo”

Toni fue tratada en unidades de desintoxicación en más de 10 ocasiones en tres años. Cada vez que empezaba el tratamiento, había consumido crack y alcohol. Para cuando pidió una cita para verme, prácticamente se había dado por vencida en todo lo que no fuera su patrón de abstinencia durante unas cuantas semanas antes de empezar a consumir de nuevo.

La primera pregunta que le planteé a Toni fue si se veía a sí misma como una adicta. La segunda fue qué le gustaba de su patrón de consumir y volver a la abstinencia. La respuesta a la primera pregunta fue que estaba segura de que era una adicta. Su reacción inicial a mi segunda pregunta fue de sorpresa. Decía que se sentía confundida y que todos le habían dicho siempre que era “la enfermedad” la que la hacía drogarse.

Debo haber sonreído cuando dijo esto, pues se veía molesta y señaló: “tú no me tomas con seriedad”. Le respondí que yo quería tomarla con seriedad pero que me costaba trabajo la idea de que “eso” la hizo drogarse. Hablamos sobre esta creencia de que algo externo decidía su vida. Le sugerí un experimento que podía ayudarla a vivirse como el actor en su vida. Le sugerí que actuara la parte de la *adicción*, que actuara el “eso” que la hacía hacer cosas.

El resultado de este experimento fue sorprendente. En vez de estar confundida, Toni parecía clara y directiva. Se puso de pie en una silla y dijo: “consumiré por un tiempo; entonces, cuando me sienta enferma, dejaré de consumir, descansaré y cuando las cosas se pongan aburridas, empezaré a consumir de nuevo. De esta forma puedo mantenerme fresca cuando consuma. Tengo un par de años más para hacer esto”.

Cuando Toni terminó, le pregunté cómo se percibía a sí misma. Dijo que se sentía fuerte y eso era muy distinto de cómo se había sentido antes de cada recaída. Todas esas otras veces ella se había sentido arrepentida y culpable. Lo que la sorprendía sobre el juego de roles era la forma en que hacía “esto porque hay cosas que me gustan de mi estilo de vida”.

Toni y yo acordamos que no tendría otra cita de terapia a menos que ella lo decidiera, que no asumiríamos su elección. Esto me pareció un riesgo, sabía que podría volver a consumir de nuevo, y sí lo hizo una vez más. Pero después de ese regreso a las drogas me llamó y me dijo: “estoy lista para dejar de hacerme esto... quiero ir a terapia y a las reuniones”. Hicimos una cita para la siguiente semana.

Esta escena con Toni ilustra la diferencia entre el cliente y el terapeuta que actúan como si el adicto que recae fuera una víctima de algún proceso externo, y el cliente y el terapeuta que abordan la recaída del adicto como una forma de automodulación. Toni es un ejemplo de cómo la recuperación y el evitar una recaída se basan en que el adicto se apropie de su conducta y asuma la responsabilidad de si decide consumir de nuevo o detiene el patrón. Mientras ella y sus terapeutas trataban su recaída como parte de un evento epidemiológico, la conducta de Toni y sus elecciones seguían siendo externas.

La recaída de recuperación condicional

Describo este tipo de recaída como condicional porque el adicto en recuperación ha puesto ciertas condiciones para su recuperación. Estas condiciones pueden ser: “estaré sobrio siempre y cuando no sufra más de lo que sufría cuando consumía”, o “no sé si podré no consumir si mi esposo se muere”.

Otro tipo de condición son las reservas que tienen algunos adictos con respecto a regresar a los viejos compañeros con los que bebían, a los vecindarios, o a la posibilidad de volver al consumo con una droga distinta. El peligro de regresar a otra droga debería ser obvio. El problema de frecuentar a las antiguas personas o lugares podría no ser tan claro para los profesionales clínicos que están menos familiarizados con el contexto de la adicción. Para los adictos, todo el entorno en el que ingerían drogas es altamente evocador del acto de consumir. Imaginen las primeras cuatro notas de una pieza musical, digamos, la Quinta Sinfonía de Beethoven: “¡da da da dum!”. Traten de no tararear la cuarta nota. Nos sentimos obligados a terminar la frase. Parece natural y necesario. Para los adictos, rodearse de las personas con quienes consumieron en el mismo escenario es como la frase musical. Terminar consumiéndola parece natural, es terminar la frase. El siguiente caso de estudio es un ejemplo de un adicto en recuperación muy talentoso y brillante que recayó por estas condiciones.

Jamal: Hombre camaleónico

Jamal creció en una familia afroamericana de clase media, asistió a una preparatoria cerca de su casa y empezó como profesor practicante. Para los demás, Jamal se veía como un joven estable de clase media. En realidad, había empezado a consumir marihuana a los 14, comenzó a beber al poco tiempo y había pasado a la heroína para cuando ingresó a la preparatoria. Jamal siguió siendo

funcional durante toda su adicción activa. Era capaz de mantenerse gracias a su inteligencia, su ingenio y su buen aspecto, y había logrado arreglárselas en muchas situaciones de la escuela y con la policía. Jamal dejó de consumir drogas cuando tenía 23. Lo obligaron a iniciar un tratamiento por haber sido arrestado reiteradamente.

Cuando Jamal entró a rehabilitación, usó esas mismas habilidades. El centro de tratamiento al que ingresó seguía el modelo de Synanon. Este método de tratamiento emplea la confrontación en grandes grupos, y técnicas terapéuticas interactivas intensas que buscan romper las defensas de los adictos en el tratamiento. Esta metodología, que fue más común en las décadas de 1960 y 1970 de lo que es ahora, tiene la intención de lidiar con los aspectos caracterológicos de los adictos (y alcohólicos). El patrón de Jamal de mantener y adaptarse a su ambiente fue rápidamente percibido por los residentes y el personal del centro. Lo apodaron Camaleón, por su habilidad para integrarse al ambiente. Yo trabajaba en este centro cuando Jamal entró al tratamiento. Tuve unas cuantas interacciones con él, pero pude verlo actuar en la comunidad más amplia. En este nivel de sistema, Jamal y otros residentes debían anunciar su juego particular. Este ritual tenía como objetivo hacer que la comunidad se diera cuenta del tema con el cual trabajaba cada adicto en su tratamiento individual. Repetir esa afirmación tenía efecto en la persona que la emitía. La declaración de Jamal era: “¡Yo soy un camaleón y no puedes ver quien soy en realidad!”. Él decía esto unas 10 veces al día todos. Por supuesto, la comunidad entera veía a Jamal, hasta que un día se molestaron con él y empezaron a enfocarse en su comportamiento.

Cuando yo veía estas interacciones, me llamaba la atención la cara de Jamal mientras hacía las declaraciones. A veces tensaba su rostro y parecía empujar las palabras hacia fuera. A menudo no veía a nadie al hablar. Era como si estuviera hablando al vacío. Cuando los miembros de la comunidad confrontaron a Jamal, él se veía impasible, sus ojos en blanco y enfocados más allá del interlocutor. Me senté con Jamal después de una de esas interacciones y le pregunté cómo era para él. Me miró casi como una curiosidad y dijo: “está bien, puedo hacer esto todo el tiempo”. Le dije a Jamal qué era exactamente lo que me preocupaba de él: me preguntaba *cómo* era capaz de hacer esto todo el tiempo. Dejó de mirarme y empezó a hablar con alguien más.

Jamal dejó el centro de tratamiento y siguió en abstinencia unos tres años. Debido a su habilidad para expresarse y su educación, le ofrecieron un trabajo

como consejero en adicciones. Esto encajaba con el patrón de Jamal de enfocarse más en ayudar o en intervenir con los demás, que con prestar atención a su *self*, un viejo patrón para él. Un año después, promovieron a Jamal y le dieron más responsabilidad y trabajó de manera más independiente. Había regresado a su viejo patrón familiar de *hombre respuesta*: una persona que sabía qué decir a los demás y cómo dirigirlos para recibir ayuda. De hecho, Jamal fue de gran ayuda para los demás y ayudó a muchas personas a dejar las drogas y el alcohol. La desventaja de este patrón era que Jamal se daba cuenta más de los demás, que de sí mismo, y se veía a sí mismo más allá del consumo.

En su sexto año de sobriedad, Jamal empezó a visitar su antiguo vecindario de nuevo, para “ver cómo estaban las cosas y tal vez ayudar a algún viejo amigo”. Irónicamente, el resultado de la primera de estas visitas fue que Jamal notó lo bien que se veía en comparación con las personas que aún consumían drogas. Como muchos que son principalmente drogadictos, Jamal tenía reservas con respecto a beber alcohol. Después de seis años y medio de sobriedad, Jamal tomó su primera copa de vino en una cena con una mujer que no tenía idea de que él era un adicto. Sintió el calor del alcohol en su cuerpo y no pasó nada más. Decidió que no bebería más esa noche. Sin embargo, con el tiempo, Jamal empezó a tomar más y más vino con las comidas e incluso a comprar una botella para llevar a casa.

En un momento dado, Jamal volvió a consumir, primero marihuana y después heroína. Llegaba tarde al trabajo y a veces ni siquiera llegaba. Era capaz de no sentir ninguna contradicción al ayudar a otros a dejar de consumir mientras él se inyectaba heroína, una continuación de su patrón de vida de separar su propia experiencia de la de los demás. Podía ver claramente fuera de sí mismo, pero seguir sin darse cuenta de las contradicciones en su propia conducta. Debido a sus llegadas tarde y a su ausentismo, Jamal fue despedido de su trabajo. Esa misma semana, la mujer con la que había estado saliendo lo encontró con una aguja en el brazo, inconsciente, en su cuarto. Ella estaba conmocionada y llamó a una ambulancia. Jamal no estaba en riesgo inminente, simplemente se había desmayado. Sin embargo, fue llevado a un centro de desintoxicación —el mismo en el cual había trabajado apenas tres semanas antes— y referido a una unidad de tratamiento para las recaídas.

El énfasis principal en el tratamiento de Jamal estuvo en el estilo de vida contradictorio que había llevado casi toda su vida. Jamal podía ver y ayudar

a los demás y, sin embargo, era inmune a cualquier ayuda u opiniones de los demás. Por primera vez en años, Jamal mostró enojo y estalló en una sesión de terapia de grupo tras ser confrontado por el líder y por miembros del grupo con respecto a su patrón. Su enojo sensibilizó a Jamal tanto, que les dijo: a todos los del centro lo incompetentes que le parecían en comparación con él.

Yo estaba trabajando como consultor en esta unidad y reconocí a Jamal un día que salió enfurecido de un cuarto. Me preguntó si podíamos hablar y me contó la historia de su recaída. Cuando terminó, Jamal dijo: “bueno, supongo que no te sorprende”. Le dije que me sentía más aliviado de que estuviera vivo y que me alegraba escucharlo expresar su enojo. Estuvo de acuerdo en hablar durante el tratamiento, si lo requería.

El personal que lo trataba apoyó a Jamal en su brote de enojo, alentándolo a “sacarlo”, al darse cuenta de que por fin él se expresaba emocionalmente. Cuando terminó, el personal le preguntó cómo se sentía. Respondió que podía sentir todo el cuerpo y que se sentía enojado y harto. La importancia de esta interacción es que Jamal empezó a experimentarse a sí mismo en vez de estar enfocado solo en lo que los otros querían o hacían. La paradoja es que al apoyar su enojo hacia los demás, fue capaz de experimentarse plenamente a sí mismo. El estilo de contacto de Jamal era de sensibilización superficial o mínima; no podía permitirse sentir mucho. Un resultado de este proceso fue que él (y los demás) se vivió a través de su imagen o presentación “como si”. Jamal daba la impresión de que las cosas no le afectaban, como si no tuviera dudas y estuviera siempre en control. Esto lo dejó aislado y sintiéndose distinto de los demás. Su elección de drogas desensibilizadoras (alcohol, heroína, marihuana) contribuyó en ese patrón de ocultar la sensación.

Después del tratamiento, Jamal regresó a las reuniones de 12 pasos (tanto de AA como de NA) y encontró lo que llamó un “empleo normal”, en un restaurante. Decidió que era fundamental no regresar a un puesto que lo separara de sus compañeros. Esto era importante porque Jamal tendía a aislarse y a sentirse inmune e intocable. Para él, la etapa crucial era la de conectarse y experimentar su similitud con los demás. Se involucró en un grupo de recuperación de hombres afroamericanos, donde llegó a sentirse integrado. Le sugerí este grupo porque me parecía que parte de su experiencia de sentirse distinto tenía que ver con las diferencias culturales. Estuvo de acuerdo con esta interpretación y después me comentó que ya era “parte de un grupo”.

Trabajar con Jamal (y con otros adictos) me ha hecho darme cuenta de la limitación de las alianzas terapéuticas tradicionales. En cierto sentido, nuestro trabajo no era suficiente para él; necesitaba regresar a su comunidad afroamericana como un hombre sobrio. Su conducta camaleónica no es inusual en algunos miembros minoritarios en un sistema dominado por una mayoría (como sucedía en el centro de tratamiento y en algunos campos de psicología, terapia y trabajo social). Para poder apropiarse plenamente de su recuperación y de su cambio, Jamal necesitaba experimentarse a sí mismo en el contexto de otros afroamericanos en recuperación.

Jamal también es un ejemplo de un adicto que recaer después de cierto periodo de abstinencia. La pregunta común es: ¿cómo sucede esto? *Si no pasó simplemente, entonces él tomó algunas decisiones sobre sus pensamientos y conductas.* El lenguaje que empleamos en torno a la adicción revela nuestro sesgo. Como muchos adictos que consumen después de un periodo de abstinencia, Jamal hizo algunas cosas y no hizo otras. Eligió beber café y refrescos en bares, y se asoció con personas que no sabían que él era adicto y con otras que consumían alcohol y drogas. Creó el escenario perfecto para beber: anonimato y un ambiente propicio para el consumo. Al asociarse con personas que no sabían sobre él, Jamal dependía exclusivamente de sus propios recursos para no tomar. No había integrado la segunda fase de la recuperación. Tenía reservas con respecto a beber alcohol y no involucraba a otros para que lo ayudaran a retroflectar la acción de consumir.

Recuperación a largo plazo solitaria

Muchos adictos en recuperación a largo plazo terminan sintiéndose aislados y desconectados después de años de recuperación. Como ocurre con parientes ancianos, muchos de sus compañeros han muerto o regresado al consumo de drogas. El resultado es una sensación de extrañeza y desconexión del sistema de apoyo.

Ed: Desconocido y enojado

Después de 10 años en recuperación, Ed dejó de asistir a las reuniones porque “no aprecian todo lo que he hecho”. Se refería a haber empezado varias reuniones y a hacer café y a limpiar cada semana durante cinco años. Cuando el grupo de AA quiso celebrar su décimo aniversario, Ed se negó a asistir. No

permitía que los demás lo apreciaran o reconocieran. Su explicación era que lo hacían sin estar convencidos, y que debieron haberlo reconocido antes. Estaba enojado y amargado; pero principalmente, herido por lo que él percibía como falta de reconocimiento. Su foco estaba exclusivamente en los demás y en cómo *lo trataban*.

La raíz de todo esto era un incidente en el cual un recién llegado a la reunión olvidó el nombre de Ed y su noveno aniversario cuando hacía los anuncios. Le pedí a Ed que imaginara que él era una cámara con ruedas, y que podía moverse para atrás y para adelante para experimentar distintas perspectivas de sí mismo en el grupo. Cuando se hizo para atrás, vio “toda la escena... lo que estaban tratando de hacer al reconocer mi aniversario... cómo me veo herido y me retiro mientras ellos me hablan. Puedo ver lo herido que estoy y cómo el grupo parece no notarlo. Ellos asumen que estoy bien porque he estado sobrio 10 años. Puedo ver cómo me enojo”. Ed pudo identificar su herida y finalmente regresar a las reuniones. Estaba dispuesto a hablar sobre su experiencia en la terapia.

No todos los adictos en recuperación tienen el apoyo del sistema para la terapia; si no se examina su trayectoria, su proceso se puede volver similar al de la conducta al beber, excepto que sin la droga o la bebida, un proceso que se conoce como *borracho seco*. El proceso del adicto en recuperación empieza a parecerse al ciclo acortado descrito en el capítulo 2, donde se pasa rápidamente de la sensación a la acción habitual, en este caso, la retirada de los demás y muy poco o ningún darse cuenta del *self*. Este proceso es lo que Gorski y Miller describen como una etapa de la recaída hacia la bebida o el consumo de drogas.

Estos ejemplos muestran los distintos caminos por los cuales los adictos en algún tipo de recuperación regresan a la adicción activa. En cada historia de cada persona está el patrón de algún tipo de desconexión o alejamiento de los demás. Como sucede a lo largo de su adicción, estos adictos que recaen primero modulan su propio darse cuenta de sí mismos, enfatizando la acción y desensibilización por encima de la reflexión y su darse cuenta sensorial. Todos dejan de pasar por las etapas de la recuperación y regresan a conductas anteriores, en las que apenas controlan sus propios límites.

Las aproximaciones terapéuticas que he descrito se basan en un campo experiencial y recalcan el aumento de darse cuenta de sí mismo y de su conducta. Esta es la aproximación característica de la terapia Gestalt y una aproximación