

# Manual de Intervención Familiar en Adicciones

## Indice

### Introducción

- 1 Desterrando mitos
- 2 La enfermedad
- 3 La familia adicta
- 4 La empresa enferma
- 5 El proceso

### El Equipo

### Seleccionar el centro de tratamiento

### Las Cartas de Intervención

### El Ultimatum

### Gestión de las objeciones

### El Ensayo

### La Reunión Final

### En el Centro de Tratamiento

- 7 El Mentoring. La Vida en Recuperación

## Introducción

Aunque en España el concepto de “intervención en adicciones” se refiere al conjunto de medidas encaminadas a la prevención y/o tratamiento de la enfermedad de adicción, en su concepción anglosajona, una “Intervention” es un proceso muy distinto que se centra en promover la entrada en tratamiento del adicto. Un conjunto de actuaciones planificadas, ordenadas, coordinadas, ensayadas y ejecutadas que tienen como único objetivo la aceptación por parte del enfermo de la ayuda que se le ofrece. Así, es perfectamente lícito describir la “Intervention” como una medida de presión controlada para salvar la vida de un enfermo mental. Sí, enfermo mental.

La adicción cambia el cerebro de manera fundamental alterando la jerarquía normal de las necesidades y deseos, sustituyéndolos con nuevas prioridades relacionadas con la obtención y el consumo de drogas.

Los comportamientos compulsivos resultantes que debilitan la capacidad para controlar los impulsos a pesar de las consecuencias negativas son similares a las características básicas de otras enfermedades mentales.

El consumo continuado produce la incapacidad de tomar decisiones voluntarias adecuadas. El adicto es un enfermo que ha perdido su capacidad de elegir libremente, de vivir libremente. Por tanto, son otros los que deben decidir por él cual es la mejor opción.

No debemos confundir el proceso de intervención con el de incapacitación legal. En el primero se “fuerza” al adicto a tomar la decisión de entrar en recuperación. En el segundo es un juez el que a la vista de informes médicos y testimonios aportados aplica la ley y decide la entrada del enfermo en un centro de régimen cerrado. En el mundo de las adicciones no suele funcionar excesivamente bien este tipo de procedimientos, creando además barreras de difícil recuperación entre los distintos elementos de la familia.

La expresión “esclavo de la droga” se ajusta perfectamente a la situación del drogodependiente. Este hecho es uno de los principales obstáculos para que el enfermo acepte la ayuda que se le ofrece. La enfermedad de la negación, la mentira y el autoengaño está perfectamente diseñada para la autodestrucción y no para la autogestión.

Puede que ante una intervención la familia reciba amenazas del tipo “¿Cómo podéis hacerme esto?”, “¡Nunca os lo perdonaré!”. Son contraataques de la enfermedad ante el peligro de no volver a consumir. El adicto tiene la sensación de estar luchando por su supervivencia, le va “la vida en ello”, de ahí la grandilocuencia y lo extremo de sus palabras. La familia debe hacer caso omiso ante ellas y si algún componente del entorno duda, debe ser apartado, tranquilizado y corregido. Solo si recupera el tono adecuado deberá ser reincorporado al equipo. Más adelante detallaremos estas cuestiones.

La “Intervention” en adicciones es pues una herramienta indispensable que siempre aporta la tranquilidad de estar haciendo lo correcto, une a la familia y, en muchos casos, salva vidas.

## Capítulo 1

### “Desterrando mitos”

La enfermedad de adicción es todavía una gran desconocida. A pesar de los avances científicos sigue viéndose al enfermo como una persona débil de carácter, con poca fuerza de voluntad y entregada al vicio. Nada más lejos de la realidad. Hoy sabemos que el cerebro adicto es un cerebro enfermo que anula la capacidad del individuo para decidir, secuestra su voluntad y provoca la pérdida de libertad.

A pesar de la abundante literatura y divulgación de estos descubrimientos, la sociedad sigue actuando con recelo ante estos enfermos que reciben un trato totalmente distinto a las personas que padecen otras enfermedades graves.

Quizás el borracho del barrio cumpla con una “función social”: la de justificar el consumo abusivo de otros y asumir el papel de desecho, limpiando conciencias como referente de una vida que no ha elegido. Mientras haya drogodependientes en las calles nos será más fácil aludir al “consumo responsable” como si enfermar de adicción supusiera una irresponsabilidad. La hipocresía llega a extremos surrealistas en una sociedad en la que el adicto que está mal visto es sólo el que no puede costearse el consumo y acude al robo o la caridad para poder continuar.

La sociedad también hace la vista gorda ante el consumidor abusivo de tóxicos legales (alcohol, psicofármacos...) y condena al heroinómano, cocainómano etc.

En este capítulo se trata de desterrar mitos. Creencias que han llevado a la tumba a más de uno. Hagámonos pues conscientes de la envergadura del problema, conozcamos sus aristas y entresijos. Solo así estaremos cerca de hacer lo correcto.

Todos conocemos la expresión “tocar fondo”. En adicciones suele utilizarse para indicar la situación a la que debe llegar el enfermo para, por fin, aceptar la ayuda que se le ofrece. Es cierto que la derrota total, años de sufrimiento y un enorme catálogo de consecuencias negativas de todo tipo son a menudo circunstancias facilitadoras de la entrada en tratamiento. Pero no es menos cierto que esperar a que llegue este momento es muy peligroso, una auténtica ruleta rusa. Quedarse de brazos cruzados, la inacción resultante de esta actitud puede traer consecuencias de difícil o imposible reparación.

Llegado el consumo a cierto nivel, cada ingesta es una lotería y las consecuencias “normales” en esta situación pueden ser accidentes de tráfico, sobredosis, peleas, robos, cárcel, agresiones, relaciones sexuales de riesgo, gasto económico desmesurado, ruina económica, pérdida de empleo, crisis matrimoniales, VIH, hepatitis, infartos...y la muerte.

Hacer algo se hace necesario, y, en caso de consecuencias irreversibles, nada podrá reprocharse el entorno del adicto.

Este libro no pretende ser un peso en la conciencia de familiares de adictos fallecidos. La enfermedad que nos ocupa es todavía una gran desconocida y es difícil encontrar especialistas que puedan plantear medidas pre-tratamiento. La información aquí contenida, aunque es sobradamente conocida en otros lugares, es casi inédita en España.

No permanezcamos impasibles ante la autodestrucción del ser amado e intentemos evitar años, quizás décadas de sufrimiento y pérdidas irreparables para su salud, familia y economía.

Otro mito muy extendido es el que proclama que "si el tratamiento no es voluntario, no funcionará"

Lo importante es lo que sucede en tratamiento. Nadie entra voluntariamente en tratamiento, algo o alguien ha presionado para que así suceda. Ningún adicto se levanta una mañana y decide que “hoy es un buen día para entrar en un centro de recuperación”.

Existen consumidores cíclicos, que no consumen a diario. Son adictos con una complejidad añadida: su falsa sensación de control.

Hay enfermos que cumplen en el trabajo, en casa, con la familia...

Lo importante es lo que sucede cuando consumen. También son adictos.

En España se subestima la importancia del consumo de alcohol. Hablamos de la droga más problemática y numerosa. Existen diez alcohólicos por cada adicto a las drogas ilegales. Estadísticamente, y a la luz de los datos acerca de las consecuencias negativas de todo tipo, el alcohol es la droga más terrible que existe.

Existe también la creencia de que “la "fuerza de voluntad" soluciona el problema. No es cierto, la adicción trabaja en un plano más profundo. De hecho, el adicto es una persona con una enorme fuerza de voluntad para vivir a pesar de su enfermedad (ir al trabajo, ser padre, pareja, hijo...).

Es habitual que el adicto sustituya una droga por otra, justificando así que su problema es "otra droga" y no la que actualmente consume.

El que deja de consumir cocaína y la sustituye con alcohol padecerá un enorme “craving” y con el tiempo puede desarrollar una adicción al alcohol. Es un caso de “Crossed Adiction” o Adicción Cruzada.

La adicción no se cura. Uno se recupera, aprende a vivir con ella. Es una enfermedad crónica. El cerebro será un cerebro adicto para siempre.

Esta máquina averiada fabricará continuamente "verdades" para proteger su consumo ("Mi problema es mi mujer, trabajo, jefe, stress...", "Yo controlo, voy al trabajo, hago deporte..."). El catálogo es inagotable y cualquier familia que esté leyendo este libro podría enumerar cientos de excusas. Son mantras



que repite, mentiras que se cree (“Mi mujer no me entiende”, “Mi jefe es un c...”, “Soy más sexy o atractiva cuando bebo”...).

A pesar del consumo, los hombres adictos suelen centrarse en mantener su trabajo y las mujeres su familia. Claro está que al final del camino ambas cosas suelen desaparecer. La droga empieza llevándose los problemas. Con el tiempo se lleva todo lo demás.

Algunos alcohólicos niegan su problema incluso en el lecho de muerte en el hospital donde fueron ingresados por cirrosis.

El adicto suele creerse único, especial: “Lo mío es diferente”, cuando lo cierto es que esta enfermedad iguala a todos. Cambia la sustancia, la cantidad, las circunstancias sociales, familiares, económicas y laborales pero la clave de todo es la relación de dependencia con la droga (o conducta en el caso de las adicciones sin sustancia) y esta se da invariablemente en todos los enfermos tengan el perfil que tengan.

Así pues hay mitos peligrosos en la familia y en el adicto. Suelen ser “racionalizaciones” utilizadas para dar una apariencia de normalidad a la situación de caos que padecen. Así, se termina viviendo escenas terribles y las personas afectadas se adaptan a esa “rutina” para no aceptar ayuda. Normalizan el drama con su mente adicta.

Más del 80% de los adictos acepta la ayuda gracias al trabajo de familia y amigos. En España carecemos de esta estadística pero prácticamente la

totalidad de las entradas en recuperación se deben a la necesidad de recuperar a la esposa, hijos, familia, trabajo, etc. Tal es la fuerza de esta enfermedad que el afectado se plantea dejar de consumir por su entorno y no por uno mismo.

También es habitual que la decisión de abandonar el consumo sea inicialmente (y durante varios meses) temporal, es decir, dejar las drogas durante un tiempo. La idea de hacerlo para siempre tardará un tiempo en cuajar en una mente tan enferma. Es una idea demasiado grande para una mente atrofiada que una buena recuperación devolverá a un estado óptimo.

## 2 La Enfermedad

No es este un libro destinado a explicar la enfermedad de adicción sino el proceso que consiga la entrada en tratamiento del adicto. De todas formas haremos una breve descripción del trastorno.

Según la OMS, la adicción es una enfermedad incurable, en ocasiones mortal, con tendencia a la recaída.

Para el que escribe es una bomba de relojería con mil cables de colores, una máquina perfecta, una broma macabra, un remolino absorbente y, en algunos casos, un duro camino hacia una vida mejor. El nivel de vida de los adictos bien recuperados es (desde el punto de vista vital, anímico y espiritual) sensiblemente superior al de la media de transeúntes.

Pero este tema pertenecería a otro libro.

¿El adicto nace o se hace? El componente genético tiene su importancia pero no es definitivo. Factores sociales, familiares, económicos, culturales... Créanme, sólo uno concurre siempre: el consumo. Vivimos en un país en el que el 95% de la población usa algún tipo de droga legal o ilegal (recuerden que el cerebro no sabe de leyes). Cerca del 15% de éstos consumidores enferman y cada uno tiene su perfil. Es la adicción, en este sentido, una enfermedad democrática que no distingue entre clases sociales, edades, sexos, religiones o razas.

Los antiguos griegos ya hablaban de los “bebedores problemáticos”. En 1867 ya se distinguía entre el bebedor por placer y el enfermo. Esto nos da una idea de lo poco que se preocupa la sociedad actual por entender al adicto. Algo que hemos intentado explicar con la “función social” que creemos cumple.

El cerebro adicto funciona de manera diferente al cerebro normal. Ese milimétrico laboratorio que todos llevamos se desequilibra con la ingesta de sustancias que readaptan su normal funcionamiento. De ahí la autodestrucción suicida de los enfermos de adicción. Solo la firme decisión del enfermo, el tiempo y un buen método de tratamiento conseguirán el Cambio.

El adicto no cambia su comportamiento para obtener resultados diferentes (en Alcohólicos Anónimos lo llaman locura alcohólica). Busca la gratificación inmediata (más bien anestesia, huida o compensación) sin plantearse consecuencias a medio o largo plazo.

Es incapaz de reaccionar ante una situación peligrosa, el instinto de supervivencia es secuestrado por la adicción convirtiéndose en instinto de supervivencia de la propia adicción. Tengamos claro pues que la persona “intervenida” es una persona enferma con su capacidad de decidir limitada.

Es importante destacar que la sustancia o conducta no es lo importante sino la relación que se establece con ella.

El cerebro no distingue entre "adicciones" ya que ésta es sólo una. De hecho, es habitual la sustitución de la sustancia o conducta por otra que mantenga la dependencia en funcionamiento.

### 3 La Familia Adicta

Uno de los muchos beneficios de la intervención lo recibe la familia que da el paso. El actuar para mejorar las cosas nos hace sentir mejor (incluso cuando el resultado no es el esperado).

Empezar a hacer lo correcto, ser honesto y tener confianza. Informarse, orientarse y asesorarse es el principio para ayudar al ser querido.

El stress de tener un adicto en casa cambia el funcionamiento del cerebro del familiar.

La amígdala ("pequeño cerebro") forma parte de nuestro cerebro primitivo e inconsciente y reacciona automáticamente ante situaciones. Se encarga de nuestra supervivencia y actúa con rapidez.

Registra cosas que vemos y oímos sin que seamos conscientes de ello.

Si la amígdala detecta peligro, el cortex prefrontal (más lento) lo reevalúa y equilibra (¿es real el peligro? ¿es una serpiente o una rama?)

Así, la adicción de un padre puede modificar la estructura cerebral de los niños (desconfianza hacia adultos).

Los cerebros en desarrollo de los menores hijos de adictos pueden detectar peligros continuamente, mostrándose reacios a nuevas actividades al ver amenazas continuamente.

La pérdida de la integridad personal también llega a los familiares. Mentir, ocultar, robar, comprar droga, excusar, justificar lo injustificable...La honestidad y el orgullo desaparecen también en los co-adictos.

El familiar (igual que el adicto) reajusta su conducta sin darse cuenta. Pierde sus principios y termina haciendo cosas que nunca habría imaginado.

Abandonar viejas ideas, métodos que no han funcionado es importante. Al igual que el adicto, la familia debe abandonar viejos hábitos y sobretodo la idea de que "podemos hacerlo solos".

Se debe hacer lo correcto pase lo que pase, sea como sea, a pesar de todo.

En intervención no hay atajos. Si se prepara estrictamente, se siguen los distintos puntos concienzudamente, se tendrán más posibilidades de éxito.

Igualmente, las familias deben acudir a sus terapias familiares y recuperarse. A veces las familias que han conseguido ingresar a su familiar se apartan, dan un paso a un lado y se apartan de la recuperación. Suelen ser las familias que acuden a buscar al adicto al centro de tratamiento cuando este se queja de la cama, la comida o utiliza cualquier otra excusa.

Las familias deben adiestrarse en este tipo de situaciones.

Los adictos en recuperación sufren “cravings” que pueden derivar en llamadas a casa diciendo que "ya estoy bien", "ven a buscarme", "no volverá a pasar". Nunca dirán que lo que en realidad necesitan es consumir.

Las familias deben mantenerse unidas (padres, pareja, amigos...) durante todo el período.

Es habitual que la familia subestime el problema.

"Un viaje, sentar la cabeza, trabajar menos, cambiar de aires, trabajo o ciudad..." suelen ser planteamientos familiares para solucionar el problema. Amigos, familia, pareja, compañeros de trabajo suelen actuar en distintas direcciones (a veces contrapuestas) y no en una única. El adicto reacciona con negatividad y agresividad cuando se le plantea indebidamente su problema. Es peligroso decir "es su problema, que lo arregle". El adicto necesita ayuda.

Una intervención bien hecha es una herramienta poderosa para crear ese momento de lucidez en el enfermo que le permita entrar en recuperación.

#### 4 La Empresa Enferma

Es habitual que los accidentes y bajas laborales, las ausencias, el bajo rendimiento y el mal ambiente en el trabajo se justifiquen de manera poco clara y difusa.

El mundo de la empresa y la sociedad en general ha empezado a abrir los ojos y lentamente se aborda el problema apuntando a la causa real de un cada vez más amplio número de casos: el consumo abusivo de sustancias.

Sin embargo, unas veces para ocultar el problema y “no enfadar a nadie” y otras para no aguar la fiesta ante un buen resultado económico, se corre un tupido velo sobre el sufrimiento, la enfermedad, el riesgo laboral y el sentido común.

Si un compañero, jefe, subalterno o representante sindical padece un cáncer es probable que su entorno laboral se vuelque en palabras de ánimo, la empresa de todo tipo de facilidades y los compañeros intenten facilitar las cosas al enfermo.

Sin embargo, cuando el mal padecido es el de la adicción (enfermedad catalogada por la OMS, incurable, en ocasiones mortal y con tendencia a la recaída) la lógica, la comprensión y el apoyo dejan su puesto a la mentira, el absurdo y el consecuente sufrimiento.

No es hasta que el daño producido es evidente que algunos empiezan a plantearse “un plan B” que incluya dejar de esconder un problema, dar la cara, hablar claro y ponerse manos a la obra. Desgraciadamente, esto sucede en pocas ocasiones y accidentes, absentismo, bajo rendimiento, la muerte y, en todos los casos, un enorme dolor suelen ser el desenlace final a tan absurdo planteamiento.

Este libro pretende también orientar a empresarios y trabajadores sobre cómo afrontar la enfermedad de adicción en el entorno laboral. Prevenir, tratar y convivir en recuperación con la enfermedad más cruel.

La “eterna” aclaración.

Una vez más debemos dejar claro de antemano que el alcohol es la droga más terrible que existe y la que más muertes causa junto con el tabaco. El uso de “las otras drogas” (o ilegales), aunque más estigmatizadas socialmente,



provoca en España un número de muertes muy inferior a las “drogas legales”: alcohol, tabaco y psicofármacos.

Otro problema latente que ya afecta a muchas empresas españolas es el de las conductas adictivas: internet, teléfonos móviles, redes sociales, pornografía, compras compulsivas, sexo, trabajo, juego, juego online...

Según la Real Academia de la Lengua Española, una droga es toda aquella sustancia que se utiliza con la intención de actuar sobre el sistema nervioso con el fin de potenciar el desarrollo físico o intelectual, de alterar el estado de ánimo o de experimentar nuevas sensaciones, y cuyo consumo reiterado puede crear dependencia o puede tener efectos secundarios indeseados.

Así pues, es necesario aclarar que el alcohol y los psicofármacos son drogas a todos los efectos.

El consumo de drogas lo realizan consumidores esporádicos, más o menos habituales, abusivos, problemáticos y adictos.

Saber qué está pasando. Conocer la realidad es el primer paso para hacer un diagnóstico de la situación de la empresa en lo relativo al consumo de sustancias.

Puede ser buena idea darse un paseo. Recorrer el centro de trabajo y ver. Cualquiera puede sacar información con una mirada superficial. Este paseo puede repetirse más adelante con un especialista en adicciones.

Revisar la evolución en los últimos cinco años de los siguientes índices puede dar muchas pistas sobre la verdad de lo que está pasando: absentismo, bajas, accidentes...

Una vez obtenidas las cifras es bueno analizar la evolución por fechas, sectores de la empresa, turnos de noche, días de la semana (es curioso como las bajas se agrupan los lunes en algunos casos), coincidencia de las bajas con vísperas de fiestas locales o festivos nacionales, causas y circunstancias de los accidentes...

El ambiente de trabajo es uno de los grandes sufridores del consumo de sustancias. Suele haber división entre consumidores y no consumidores, además de una gran intolerancia y animadversión que repercute enormemente en las relaciones humanas entre compañeros.

Una reunión con los representantes sindicales informando acerca de la preocupación de la dirección por la situación en la empresa y solicitando su colaboración para mejorar las condiciones de trabajo es un paso imprescindible, así como el compromiso de mantener informado en todo momento al comité o enlace sindical, además de trabajar conjuntamente. Es bueno nombrar un responsable entre los trabajadores que sirva como enlace con la empresa en el tema que nos ocupa. A partir de este momento, cada

actuación debe ser comunicada previamente de manera expresa al “Responsable de Plan sobre Drogas” del centro de trabajo. En esta primera reunión se anunciará también la intención de, con la colaboración de los representantes de los trabajadores, redactar un Plan de Empresa sobre Drogas.

Es buena idea hacer una encuesta anónima en la empresa en la que los empleados contesten un breve cuestionario de no más de cinco puntos:

“Con el único interés de mejorar las condiciones de trabajo en la empresa y atendiendo a la responsabilidad de velar por la salud de los trabajadores, les rogamos contesten de manera totalmente anónima a las siguientes preguntas:

-¿Consideras que el consumo de alcohol, psicofármacos u otras drogas es un problema en el trabajo?

-¿Crees que se dan situaciones de riesgo derivadas del consumo de sustancias?

-¿Qué harías para remediarlo?

-¿Crees que la dirección podría mejorar las cosas en este sentido?

-¿De qué manera?

Esta podría ser una forma de abordar el asunto pero cada empresa debe adaptar las preguntas a su situación y necesidades.

La información recogida es de un valor inestimable.

El siguiente paso puede incluir el diseño de carteles que de manera sencilla y directa conciencien a los trabajadores acerca del peligro del consumo de alcohol y otras drogas en su vida diaria y en el lugar de trabajo. Siempre con un tono conciliador, amable y cercano. Nunca debemos olvidar que buscamos velar por la salud de todos y no iniciar una caza de brujas.

La cartelería debe mostrarse en lugares visibles.

Las reuniones con el RPD deben programarse de manera periódica. Así, inicialmente es bueno reunirse semanalmente ya que todo el trabajo está por hacer (diseño encuesta, carteles...).

Es bueno conocer “lo que dice la ley”. El Estatuto de los Trabajadores es contundente en este asunto:

#### Artículo 54 Despido disciplinario

1. El contrato de trabajo podrá extinguirse por decisión del empresario, mediante despido basado en un incumplimiento grave y culpable del trabajador.

2. Se considerarán incumplimientos contractuales:

- a) Las faltas repetidas e injustificadas de asistencia o puntualidad al trabajo.
- b) La indisciplina o desobediencia en el trabajo.
- c) Las ofensas verbales o físicas al empresario o a las personas que trabajan en la empresa o a los familiares que convivan con ellos.
- d) La transgresión de la buena fe contractual, así como el abuso de confianza en el desempeño del trabajo.
- e) La disminución continuada y voluntaria en el rendimiento de trabajo normal o pactado.
- f) La embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo.

Es indispensable mirar más allá y preguntarse porqué alguien acude habitualmente al trabajo en estado de embriaguez, afectando a su rendimiento y poniendo en peligro su continuidad en la empresa, más aún en los tiempos que corren. La cortedad de miras del estatuto de los trabajadores (texto legal de 1.995) debe ser sustituida por una visión más amplia y humanizada. Ese empleado que acude drogado al trabajo es un enfermo. Su borrachera es consecuencia de su dolencia y no el resultado de una decisión personal. El

adicto no tiene capacidad para decidir cuándo, cuánto, cómo y dónde consumir. Si se presenta alcoholizado en su puesto ha de ser ayudado (este libro explica de qué manera) y no despedido. Si insiste en no tratar su enfermedad sí habrá motivos para prescindir de sus servicios.

La Intervención Laboral en Adicciones ayuda también a mejorar la imagen del centro de trabajo entre sus componentes para conseguir una mayor implicación, un buen ambiente laboral y aumentar el rendimiento.

Es habitual que el tipo de reacción de la empresa ante la enfermedad grave de uno de los trabajadores sea muy tenida en cuenta por el resto de la plantilla. Dar facilidades, apoyar anímicamente, financiar el tratamiento total o parcialmente, ayudar a la familia en caso de fallecimiento... son medidas que influyen enormemente en el ánimo de todos. Saber que la dirección “ha sabido estar ahí” en una situación difícil para un compañero da lugar a pensar que también lo hará cuando nos toque a nosotros. Estas decisiones ayudan a unir plantillas, hacerlas más solidarias y refuerzan el vínculo con la empresa, creando una identidad positiva del empleado con el centro de trabajo, dejando de lado muchas veces pequeñas rencillas, resentimientos y diferencias del pasado.

De esta manera, desde el punto de vista del patrón, ayudar a un trabajador adicto, es una forma de dar calidad al centro de trabajo, una oportunidad inmejorable de mostrar a las plantillas que además de rentabilidad su empresa busca lo mejor para todos.

La Intervención Laboral en Adicciones es un proceso más amplio que la Intervención Familiar ya que incluye, además de líneas de actuación cuando un trabajador adicto rechaza la ayuda que se le ofrece, todo un protocolo de actuación que prevenga, identifique problemas y los solucione de forma duradera.

Cuando la situación llega a un nivel de sufrimiento importante para el enfermo y su entorno, así como una clara incapacidad para rendir laboralmente, es el momento de "Intervenir". La actuación conjunta de familia y empresa es, con diferencia, la más contundente arma a la hora de promover la entrada de un adicto en tratamiento. Incluso en ocasiones, aunque sea duro admitirlo, es la empresa la que desnivela la balanza, muy por encima de pareja, padres, hermanos o hijos. Para el adicto, la familia es un freno a su consumo, "un estorbo", mientras que la empresa es la fuente de financiación que posibilita la siguiente ingesta. Y es que así funciona la mente adicta. El enfermo escuchará dócilmente a sus superiores y en muchos casos, si la intervención está correctamente planificada, aceptará sin rechistar que necesita ayuda entrando en tratamiento. Sin embargo, en el entorno familiar, es mucho más costoso conseguir si quiera que el afectado participe en una reunión, de ahí que todo se organice a sus espaldas. Un adicto puede perder a su familia y amigos y mantener su consumo culpándoles de incomprensión y conspiración, sin embargo, perder el trabajo complica mucho las cosas, sobretodo el consumo. Así, aunque la intención inicial no sea dejar de consumir para siempre y mantener una abstinencia duradera, el trabajador adicto aceptará la ayuda que se le ofrezca para tranquilizar los ánimos, calmar a su jefe, dar sensación de control y ganar tiempo para poder seguir consumiendo en un futuro más o menos cercano. Esta manera de pensar, aunque parezca extraño, es muy habitual al iniciar un tratamiento y si los

profesionales designados para la recuperación realizan un buen trabajo, irá mudando con el tiempo a medida que el adicto saborea las ventajas de una vida sin consumo. Asimismo, esta "falsa actitud de colaboración" será bienvenida si gracias a ella el enfermo ingresa en un centro de tratamiento. No olvidemos que según el NIDA, principal organismo mundial en el estudio del abuso de drogas, el tratamiento no ha de ser voluntario para ser eficaz.

A continuación detallaremos el proceso de intervención desde el punto de vista de una familia. El traslado del procedimiento al mundo laboral es muy sencillo y un intervencionista eficaz podrá adaptar las líneas de actuación a la realidad de cada empresa.



## 5 El Proceso

La intervención se creó en los años 60' en USA. En algunos casos la propia familia puede realizar la intervención si reciben adiestramiento. En otros no. Un profesional debe ser el encargado.

El éxito de una intervención correctamente realizada roza el 85% (el 15% restante suele entrar en tratamiento a medio plazo)

Es importante distinguir lo que es una intervención profesional y lo que es una presión no coordinada, no programada, no estudiada y no ensayada.

Hay varios tipos de intervención y es difícil hacer una clasificación rígida. Es más realista hablar de un continuo en el que un extremo lo ocupa la situación de gran emergencia (en la que peligra la vida del enfermo y/o la de su entorno) y en el otro se sitúan escenarios de consumo abusivo preocupante. Entre estos dos polos podemos imaginar un sinfín de posibilidades en las que siempre hemos de tener claro lo siguiente:

En todo momento debe protegerse la dignidad del adicto.

A pesar de la dureza de algunas situaciones, debemos ser honestos, sinceros y cariñosos con él.

Nunca utilizaremos lenguaje inapropiado ni entraremos en peleas o discusiones absurdas.

Cada acción y cada palabra deben tener un porqué, un único objetivo que es la entrada en tratamiento de un enfermo. Nada más.

Una actitud coherente, sincera y auténtica con el enfermo facilitará el período de tratamiento y seguimiento reforzando la confianza con su familia y terapeutas.

Ningún adicto eligió enfermar. Antes de convertirse en dependiente era una persona que buscaba en las sustancias lo mismo que cualquier otro consumidor “normal”: disfrutar, desinhibirse, saborear, saciar una curiosidad... Con el tiempo y debido al consumo más o menos continuado, su cerebro (más vulnerable que otros) enferma y el consumo deja de ser una decisión libre para convertirse en una necesidad. Se consume ahora para dejar de sufrir y no para disfrutar. Esta realidad (demasiado dura para ser admitida) suele enmascarse mediante el autoengaño y un sinfín de excusas que justifican el consumo.

Ningún adicto se levanta un día y dice: Hoy es un buen día para entrar en recuperación, de hecho, el 85% de las entradas en recuperación se deben a la presión del entorno. Si ésta es correctamente organizada su eficacia se multiplica.

Importante:

Desde el primer minuto en que una persona se plantea la posibilidad de proceder con una intervención ante la enfermedad de un ser querido, todo el proceso debe realizarse en secreto, a espaldas del enfermo. Ante la duda de que alguien pueda comunicarle nuestra intención hemos de apartar del proceso a ese posible “chivato”.

El procedimiento de intervención supone trabajar en equipo. Esta cualidad le da un gran poder ya que hablar uno a uno es menos eficaz que hablar en grupo a un adicto. El trabajo individual facilita al enfermo a "echar balones fuera", culpar a otros, recibir distintos planteamientos según sea el interlocutor...

El grupo se utiliza también en recuperación, no solo en intervención. Así se vencen las distintas versiones que el adicto utiliza para justificar su consumo.

Con el uno a uno se suelen poner tiritas e intentar moderar el consumo.

El grupo busca una solución integral, sin medias tintas. Debe ser firme pero cercano. El cariño debe ser mostrado con honestidad y compromiso, no con flexibilidad. El amor verdadero no negocia.

Una vez decididos a realizar una intervención existe una fase previa de preparación para el proceso. En ella debemos reunir información:

Lugar dónde tendrán lugar las entrevistas y ensayos, números de teléfono, centros de tratamiento, billetes de avión... es como preparar un gran viaje. Debemos hacer una lista de asuntos a tratar y repasarla continuamente.

Si hay riesgo de suicidio, antecedentes psiquiátricos o violentos, malas relaciones familiares, tratamientos fracasados o la familia se muestra incómoda con la situación... se recomienda la actuación de un intervencionista profesional. En España existen todavía pocos expertos en intervención pero es relativamente sencillo conocerlos a través de la web. Algunos centros de tratamiento ofrecen el servicio como complemento a sus servicios de recuperación.

Un intervencionista eficaz podrá ayudar a la familia a entender el funcionamiento de la enfermedad de adicción, seleccionará correctamente el equipo y ahorrará tiempo y pérdidas de tiempo. Solucionará los problemas que surjan durante el proceso y aumentará enormemente las posibilidades de éxito.

Cuando no se contrata un profesional

Si deseamos que el que dirija el proceso sea alguien cercano al enfermo, éste debe cumplir ciertos requisitos:

Debe ser alguien respetado por el adicto.

Nunca una pareja.

Autoridad por encima de otros miembros de la familia (un maestro, amigo, compañero de trabajo, el jefe, padrino, tío...)

Su función es guiar la intervención, fijar un tono calmado y cariñoso, reaccionar en caso de problemas, mantener la calma y avanzar.

Debe ser cariñoso con el adicto, confrontar sus objeciones, hacer avanzar el proceso hasta el final. Alguien de confianza del adicto. Elegido por el conjunto de la familia.

El director debe desear participar. Si no es así o nadie cumple con el perfil, debe contratarse un profesional

## El Equipo

Todas las personas importantes para el adicto, familiares o no, amigos, compañeros de trabajo, el jefe, el cura... todos deben ser "molestados" vivan donde vivan (aunque sea lejos). Incluso viejos amigos o relaciones de pareja rotas por el consumo pueden protagonizar aportaciones muy potentes y a veces definitivas.

Primero se hace una "lista previa" de gente respetada y querida por el adicto y contactaremos con ellos, ya sea en entrevistas privadas o telefónicamente.

Los que no duden en participar tendrán prioridad a la hora de ser seleccionados. La motivación de cada participante es muy importante.

Los que no quieran verse implicados por rencor o desinterés deben ser igualmente escuchados. Su información es también valiosa. Deben ser informados del proceso. Esto puede animarlos a participar. Deben saber que es un proceso que nace del amor a una persona y no un juicio lleno de reproches.

Se debe plantear como un procedimiento novedoso que puede ayudar a un ser querido.

Quizás algunos accedan a participar en los ensayos o en la planificación sin un compromiso de actuación en el momento final. Deben ser bienvenidos.

Por regla general los adictos “en activo” (que siguen consumiendo) deben ser apartados del equipo.

También los que pueden insultar o atacar al enfermo deben ser controlados. La decisión de su participación debe ser muy meditada.

Los niños pueden verse beneficiados personalmente por el proceso por su carácter de ayuda a una persona enferma. Puede ser también enormemente positivo para su educación y dejar una huella profunda en su actitud hacia las

drogas. No olvidemos que una intervención no deja de ser un acto de amor. Doce años es la edad mínima de participación recomendada.

Otros menores pueden escribir una carta y no participar en persona para evitar situaciones complicadas.

Si el niño se resiste aunque sea mínimamente a la intervención, no debe participar.

Si la intervención fracasa el niño debe saber que la adicción es la que domina a su familiar, que ha hecho lo correcto y que debemos seguir trabajando hasta que acepte la ayuda ofrecida.

Las familias muy numerosas deben compensarse con intervenciones más cortas.

Es bueno realizar una sesión pedagógica en la que se expongan los pormenores de la enfermedad de adicción. Vídeos y libros deben ser utilizados organizadamente, con todos los "alumnos" al mismo ritmo de aprendizaje.

Una intervención “mixta” o combinada en la que cooperan familia y empresa (o elementos del centro de trabajo sea el que sea) es una fórmula muy aconsejable con un altísimo nivel de éxito.

## Seleccionar el centro de tratamiento

Los centros de ingreso (un mes al menos) son más recomendables que los ambulatorios.

Se necesita mucha motivación para tener éxito en un tratamiento ambulatorio. El riesgo es mucho mayor. Por ello, la experiencia confirma que el ingreso seguido de un intenso apoyo en la vuelta a casa es la fórmula de más éxito.

Los centros locales o cercanos a la residencia habitual del enfermo facilitan las visitas familiares pero tienen mayor riesgo de abandono.

El tema económico debe ser valorado y es importante contactar con familias que han utilizado el establecimiento. Una mala decisión puede desembocar en la ruina familiar con el adicto consumiendo.

Hay excelentes centros que no cuestan una fortuna por lo que es bueno informarse y tener paciencia.

La financiación debe quedar clara antes del ingreso. Quién, cómo, cuánto y cuándo se debe pagar.

Se debe hacer una intervención aunque no se pueda permitir un ingreso. Tratamientos ambulatorios, de centro de día, AA o NA son opciones válidas. El intervencionista podrá acompañar al enfermo a su primera reunión.



La desintoxicación no debe confundirse con el tratamiento. Es una preparación física para el tratamiento. En algunos casos debe ser controlada medicamente.

Abstinencia y recuperación también son conceptos diferentes. Pero este tema pertenece (también) a otro libro.

Preguntas a hacer a los centros de tratamiento:

Duración del ingreso

Precio

Facilidades de pago

¿Tratan patología dual? (trastornos que conviven con el de la adicción)

Las Cartas de Intervención

Estructurar las intervenciones dará confianza a los participantes. Es bueno adoptar un formato con los siguientes puntos:

-Identificar, nombrar el tipo de relación que nos une con el adicto (maternidad, amistad...)

-Porqué se ama al enfermo (buenos momentos pasados con él, describir esos buenos tiempos...). Esta es una parte muy importante.

-Humor (pequeñas dosis, alguna anécdota curiosa vivida con el adicto...).

-Dejar claro que hablamos de una enfermedad que requiere tratamiento (no es un problema moral o de fuerza de voluntad...)

-Los hechos. La verdad desnuda con todo el realismo posible. Sin adornos, maquillajes, exageraciones (éstas por desgracias no suelen ser necesarias) o reproches, dejar claro lo sucedido. Esta parte busca destacar la evidencia de la adicción del enfermo y su consecuente comportamiento insano.

-Compromiso de ayudar al enfermo durante el proceso. Hablar a la “persona” que la adicción secuestró.

-Pedir al enfermo que hoy mismo vaya al centro de tratamiento seleccionado y se esfuerce al 100%

-Recordar al enfermo sus cualidades y convencerle de su capacidad para superar el tratamiento.

Importante:

No debe haber interrupciones en las intervenciones.

Si el adicto contesta o se rebela, el interlocutor debe volver al principio de la carta: “Soy tu colega de juergas pero veo que la situación ha degenerado...”

Si es una intervención laboral, hablaremos de respeto y admiración por el buen trabajo realizado en la empresa hasta enfermar.

Si participa un médico puede aportar los daños físicos que el consumo ha producido y el enorme riesgo para la salud del enfermo.

Si el adicto pierde el control e intenta montar una bronca para hacer fracasar la intervención debe seleccionarse quién interviene y debe hacerlo muy positiva y cariñosamente. La pareja puede ser una buena idea, quizás el “mejor amigo”.

Las cartas de intervención pueden enviarse al centro de tratamiento seleccionado para motivar al adicto. Se pueden leer durante las terapias de recuperación siendo una herramienta muy útil para los terapeutas.

Ejemplos de carta de intervención:

“Querido E., como hermano tuyo me gusta recordar nuestra infancia. Cómo jugábamos juntos, los veranos en la playa, las navidades en casa esperando juntos a los reyes magos escondidos bajo la cama... Poco a poco nos hemos distanciado y echo de menos el tiempo juntos. Tu consumo de hachís se ha disparado y últimamente hemos vivido escenas terribles como el día del accidente de tráfico o cuando pegaste a papá. Te pido que entres en tratamiento. Hemos buscado el mejor centro posible y sé que te entregarás al 100% en tu recuperación, como siempre hacías cuando te planteabas un reto.

Te quiero mucho y espero recuperar pronto a mi hermano favorito. Por favor, acepta entrar en tratamiento.”

“Querido hijo, fuiste un niño muy deseado. Desde tu nacimiento intentamos darte todo el amor y la mejor educación posible. Ya en el colegio eras estudioso y aplicado. Tus profesores hablaban maravillas de tu talento con las matemáticas y el deporte. Has sido cariñoso con todos y sólo las drogas y tu enfermedad han hecho desaparecer a ese ser tan maravilloso que todos echamos tanto de menos. Este último año ha sido muy duro para mí, no sólo por las agresiones que he padecido sino también por asistir impotente a tu deterioro físico. Durante semanas hemos buscado la mejor opción para tu recuperación. Por favor, acepta esta ayuda que te ofrecemos.”

"Querida mamá, escribir esta carta me trae los mejores recuerdos de mi vida, las vacaciones en Galicia, pescando, nadando. Todas las cosas que me

enseñaste y cómo me ayudaste tras el accidente en el río. No te imaginas cuánto recuerdo esos días. Me enseñaste a disfrutar de la vida y no rendirme nunca. No pudiste haber sido una madre mejor. En nuestra familia hemos tenido varios casos de adicción, algunos con la muerte como resultado.

Tomar unas copas siempre ha sido un hábito para tí pero últimamente esto ha evolucionado en un problema. Tu salud ha empeorado y has puesto en peligro tu vida y la de otros debido a tu enfermedad. Tus nietos y yo te necesitamos. Hemos seleccionado para ti un excelente centro de tratamiento en Valencia. Por favor mamá, acepta esta oferta de tratamiento. Te quiero mucho.”

Los “Ultimatums”.

En caso de rechazo debemos tener un “plan b”. En la intervención en adicciones utilizaremos los ultimatums.

El 15% que no acepta la ayuda ofrecida tras una intervención es a veces alguien que a priori parece fácil de convencer.

Cuando esto sucede se debe dejar claro al adicto que "las cosas van a cambiar" y que a partir de ahora no va tener ningún tipo de colaboración o ayuda en su consumo.

Se trata de seguir haciendo lo correcto aunque la intervención no funcione en un primer momento. Continuamos haciendo un acto de amor, amor duro en este caso.

Podemos pedir perdón por haber dado dinero u otras facilidades para comprar droga y dejar claro que no volverá a pasar.

Ejemplos de ultimatum:

“Hijo, no podemos seguir viendo como te destruyes. Si decides continuar así, y lamentándolo mucho, deberás abandonar nuestra casa y cortaremos cualquier contacto. Solo debes acudir a nosotros para entrar en tratamiento. Te queremos mucho.”

“Cariño, no puedo continuar así y debo mirar por nuestros hijos. Si no aceptas la ayuda, mañana mismo iniciaré los trámites para nuestra separación legal. No verás a tus hijos hasta que estés en condiciones de hacerlo. Me duele mucho dar este paso pero no tengo otra opción, por ti y por los niños. Por favor, acepta la ayuda que te ofrecemos.”

"Mamá, he mentido para ocultar tus consumos. Juro que no volveré a hacerlo. La enfermedad hace que no aceptes la ayuda. No volverás a ver a tus nietos hasta que entres en tratamiento, deben ser protegidos. Me duele hacer esto. Por favor, acepta la ayuda"

Esta declaración debe ser escrita en hoja aparte y solo debe ser mostrada en caso de negación (nunca antes)

Los ultimatums también serán de gran ayuda en el centro de ingreso en los casos en los que el adicto quiera abandonar el tratamiento. El terapeuta podrá leer las cartas de ultimatum e informar al adicto de las consecuencias de su abandono.

A nivel laboral se puede actuar si la intervención familiar fracasa. No es un castigo, es una presión complementaria. La familia puede optar por informar a la empresa de que su familiar no está en condiciones de desarrollar su actividad (sobretudo en casos en los que hay una responsabilidad sobre otras personas).

Ejemplo de ultimatum laboral:

“Estimado Sr. V.,

A pesar de sus quince años en la empresa y de su excelente comportamiento durante la mayor parte de éste período, nos vemos en la obligación de comunicarle que con fecha de hoy y si usted no acepta la oferta de tratamiento que su familia le brinda, la empresa prescindirá de sus servicios.”

Importante:

Los ultimatums deben ser cumplidos. Esta condición es indispensable y debe quedar clara desde las entrevistas iniciales de preparación de la intervención. Si no va a ser así, mejor no plantearlos. Podríamos agravar la situación al crear un problema añadido: Habremos perdido nuestra credibilidad y el enfermo sabrá que vamos de farol.

Esto puede generar todavía más sufrimiento y la pérdida de una excelente oportunidad.

Si el enfermo nos pide un plazo de dos o tres días antes de ingresar en tratamiento debemos aceptar su compromiso. Estos suelen cumplirse.

Gestión de las objeciones

Debemos adelantarnos y pensar en las excusas que el adicto utilizará:

Sustanciales (estas deben tener respuestas concretas)

-“No puedo dejar el trabajo”

-“No te preocupes, hemos hablado con tu jefe”



-“Debo cuidar a mi perro”

-“Está arreglado, tu hermano se encargará

Insustanciales (utilizaremos respuestas que apunten a lo personal, buscar el corazón del enfermo)

-“No quiero, paso de ingresarme. Con un psicólogo bastará.”

-“Vamos José, sabes que lo necesitas”.

Podemos emplear un tiempo en "discutir" las objeciones insustanciales pero no debe ser más de quince o veinte minutos. Transcurridos iremos a por el corazón del adicto poniendo toda la carne en el asador.

En casos de gravedad extrema y urgente necesidad de ingreso se debe hacer un esfuerzo extra.

Cuando se teme una reacción violenta (algo poco habitual) se debe confiar en el poder del grupo.

Importante:

El adicto no espera una avalancha de cariño y sí una serie de reproches. Esto le sorprenderá y le desarmará.

En caso de objeciones fuertes y persistentes iremos al ultimatum.

El ensayo

Es un acto muy gratificante que sirve para perfeccionar el trabajo y cohesionar el equipo. El objetivo es evitar sorpresas, todo debe fluir “suavemente” para facilitar el sí del enfermo.

Primero leeremos las cartas en voz alta. Las corregiremos eliminando rabia, odio, rencor, reproches, resentimiento, etc.

Los nervios son normales pero leer las cartas en voz alta es muy positivo. Si alguien se emociona un poco, no importa. Sin embargo, si la interrupción es demasiado larga, podemos pasar al siguiente actuante y retomar el turno del emocionado más adelante si consigue recomponerse.

No hace falta decir que agua y pañuelos deben estar sobre la mesa durante entrevistas previas, ensayos y reunión final.

Se debe fijar el orden de los actuantes valorando el poder emocional de cada uno teniendo en cuenta que debemos empezar y terminar con fuerza.

El primero debe ser alguien que garantice que el adicto no se levantará, alguien que conozca los hechos (una madre, el mejor amigo...).

No debe ser la esposa de una relación en crisis. Esta debe ser situada en el medio y su carta no muy larga.

### La Reunión Final

La preparación y todo el trabajo previo nos darán confianza. Los ensayos ya nos han dado una idea de lo que será la reunión final.

El lugar elegido debe ser diferente al domicilio del adicto (casa familiar, de un hermano, tío, amigo...) pero siempre un sitio conocido en el que se sienta cómodo y tranquilo.

Todo el mundo debe llegar media hora antes.

Durante el ensayo previo ya hemos decidido dónde se sienta cada miembro.

Se repasan los turnos de intervención

Móviles apagados.

Animales fuera

Evitar interrupciones para ir al baño

Tener las cartas en la mano (no en el bolso, abrigo o bolsillo)

Por la mañana suele ser un buen momento (puede que el adicto aún no haya consumido).

Evitar tabaco, comida o bebidas, cualquier cosa que nos distraiga. Si alguien bebe, come o fuma que sea antes y en otra habitación (esto puede ayudar a relajar a los participantes).

La persona seleccionada recibirá al adicto y lo llevará a la sala de intervención. Este habrá sido convocado por alguien cercano y de confianza con alguna excusa creíble.

Una vez allí le indicará donde sentarse. Al lado de su madre, mejor amigo... No suelen negarse.

El director hará una pequeña introducción (“Buenos días J, estamos aquí porque te queremos, solo te pedimos que nos escuches, será breve...”).

Antes de la primera carta el director presentará al primer lector. Después de la primera, y tras dos segundos, seguirá el siguiente y así sucesivamente. Todo en un tono tranquilo, amoroso, sentido, ni muy lento ni muy rápido. Después de la última carta, el lector debe mirar a los ojos al adicto y preguntar:

“¿Irás hoy al tratamiento?”

En caso de aceptación, le abrazamos inmediatamente y sin pausa se le acompaña. Las pausas no nos interesan.

Muchas veces surgen preguntas y/o objeciones por parte del adicto:

“¿A dónde queréis que vaya?”

“Necesito información”

“¿Quién me lleva, cómo voy..?”

Debe ser contestado de manera positiva (lo hemos ensayado)

“¡Yo no voy a ir a un manicomio! “

Se le explicará a donde va. Los centros de tratamiento son lugares muy diferentes. Es bueno que lo haga el intervencionista o una persona designada a tal efecto, competente, informada y segura.

“¡No puedo dejar a mis hijos!” (la persona responsable debe contestar)

¿Cuándo podré verlos/llamarlos..? (debe ser aclarado calmadamente)

Si surge una objeción inesperada cada miembro del equipo debe saber si es su función contestarla. Si no es así debe ser el director el que actúe.

Las objeciones sobre el trabajo deben haber sido preparadas. Incluso alguien de la empresa podría participar. De hecho, las intervenciones mixtas o combinadas (familia y compañeros/superiores del trabajo) tienen un porcentaje de éxito altísimo.

Cuando el adicto intente cambiar de tema con críticas hacia otras personas o situaciones:

"Entiendo lo que dices pero estamos aquí para hablar de ti y de la ayuda que necesitas" es una frase útil en caso de dificultades.

"No tienes que preocuparte de nada. Nosotros nos hemos encargado de todo". Es otra frase comodín para momentos incómodos.

Es útil cuando surgen más objeciones apelar a su corazón, a su moral, a la persona que echamos de menos, que sea ésa persona la que decida recuperarse.

“Siempre con amor” podría ser el lema de cada intervención bien planteada.

Puede que el intervenido salga con frases del tipo:

"Sé que esto es cosa tuya" (dirigido a la madre o la pareja)

"Esto lo hemos organizado entre todos porque te queremos" (debe ser contestado)

La técnica del disco rayado puede ser útil y recitar las frases comodín como un mantra ("Te queremos, nos preocupamos por ti, necesitas ayuda, no tienes que preocuparte por nada, todo está arreglado, lo conseguirás...")

No debemos entrar en juicios u opiniones, solo hechos y amor.

A veces es bueno dejarle desahogarse un poco y aguantar el chaparrón de sus reproches, gritos etc.

Si le vemos dudar pero vemos cerca nuestro objetivo de aceptación pueden ser eficaces frases como: "¿Quieres ducharte antes de salir? ¿Quieres revisar la maleta? ¡Vamos que sale el avión!"

“Venga, yo te acompaño” (por parte del mejor amigo con un gesto cariñoso).

"Este es un país libre, si no te gusta puedes irte, dale una oportunidad"

“Al ir al centro no tienes nada que perder y mucho que ganar. Haz la prueba.”

Si el centro está cerca, puede ser bueno que una caravana de coches le acompañe. Se verá abrumado por tanto apoyo, afecto y compañía y el efecto conseguido ayudará a evitar una marcha atrás.

Una persona de confianza (nunca la esposa) debe ser la que acompañe al aeropuerto o durante el viaje. En ocasiones el propio intervencionista puede hacer perfectamente esta labor.

Se recomiendan vuelos directos sin escalas o parones.

Si durante el viaje el adicto insiste en consumir no debe ser interrumpido violentamente. Podríamos provocar una situación que haga fracasar la intervención. Esperar a que termine el “último” consumo serenamente e intentar que, si no queda más remedio, lo realice lo más cerca posible del centro de tratamiento, a ser posible en la misma puerta. Si necesitamos



atención médica la tendremos en cuestión de segundos. Es bueno que el centro de recuperación sea informado del estado en que llega el enfermo.

Debe ser designada una persona que avise al centro desde fuera de la sala para indicar el éxito o fracaso de la intervención y anunciar la hora de llegada.

Si la cosa se pone imposible (15% de los casos) deben surgir los ultimatus.

El intervencionista dirá cuando.

"Creo que no podemos avanzar más"

Entonces indicará al primer lector de ultimatum que inicie la ronda.

El texto estará plasmado siempre en hoja aparte, nunca en la misma en la que hemos escrito la carta inicial (ni siquiera en el dorso).

"Sentimos que no aceptes. Esperamos respetes nuestras decisiones al respecto..."

Una vez leídas se le volverá a preguntar si acepta la ayuda.

Si insiste en el No debemos mantener abierta la comunicación para no perder la posibilidad de intentarlo de nuevo.

Intervenir ante un adicto es una forma de negociar utilizando todos los resortes disponibles ya sean de tipo emocional, material familiar etc.

Cuando se trata de salvar la vida a un ser querido, el fin (casi siempre) justifica los medios.

Un No el día de la intervención suele convertirse en un Si al cumplir los ultimatus. Estos son promesas sagradas que deben cumplirse.

"Si sigues consumiendo promete que irás al tratamiento."

"Si a tu manera no funciona, será a la nuestra."

Es buena idea entregar las cartas que hemos leído 48 horas después de una intervención fallida ("Pensé que te gustaría tenerlas"). Su alto valor emocional puede funcionar a medio plazo.

Una conversación a los pocos días con el intervencionista o director designado también puede hacer cambiar de opinión.

Es muy importante no disculparse nunca por haber intervenido, al contrario.  
"Estamos orgullosos de haber participado en buscar lo mejor para ti"

La mayoría de las negativas (15%) se transforman en un si al proceder correctamente tras el fracaso inicial.

Después de una intervención negativa debemos mantener el contacto. He acompañado a adictos al centro de tratamiento tras varios meses de “trabajo”. Desgraciadamente, la enfermedad de adicción avanza siempre inexorable y sólo una recuperación adecuada es capaz de hacerle frente. Los trucos caseros, el “hágaselo usted mismo” o los remedios milagrosos no funcionan. El consumo y el tiempo siempre tienen como resultado el sufrimiento. Mantenerse disponible, estar ahí y que el adicto sepa continuamente dónde está la “puerta de salida del infierno” es una buena idea en los procesos de larga duración.

En el centro de tratamiento

Una vez hecho el ingreso, debemos dejar trabajar a los profesionales. Algunas familias llaman a diario mañana y tarde. Otras buscan contactar con el enfermo continuamente. Esto puede perjudicar la recuperación. Cualquier información del exterior ya sea positiva o negativa debe ser filtrada por el equipo terapéutico.

El enfermo debe centrarse en si mismo y no ser distraído. Si hay algún tema inevitable, el centro debe ser preavisado (temas legales, funerales...) El centro planificará terapéuticamente la situación.

Los temas legales/penales deben ser trabajados en recuperación antes de ser afrontados para hacerlo con garantías.

Las cartas de intervención y ultimatums deben ser enviados al centro en sobres separados ("Para el terapeuta de Luis", "Ultimatums. Solo abrir en caso de abandono del tratamiento") acompañados de una carta explicativa con datos de contacto.

Las objeciones durante al tratamiento son disfraces de las ganas de consumir. La familia debe mantenerse firme.

("Me lavan el cerebro, el terapeuta es un c..., la cama es dura, la comida es una m..., esto es una secta...")

Por mucho que insista debemos pedirle que aguante un día más. Los picos de "craving" (o intensas ganas de consumir) no duran mucho. Si existen problemas reales deben ser correctamente presentados a la dirección del centro.

Nunca decir al adicto "OK, voy a buscarte". Es importante contactar siempre con otros (familia, terapeutas...). No olvidemos que de ahora en adelante somos un equipo (en la intervención y en la recuperación) y que el adicto manipula con facilidad en el uno a uno.

El terapeuta puede utilizar los ultimatus si lo considera necesario "Tu familia quiere que te lea estas cartas..."

El adicto debe autorizar expresamente al centro a informar sobre su evolución a las personas que indique.

Después de cuatro o cinco días sin autorizar la información, se debe enviar una carta al enfermo pidiendo la autorización a la familia para saber de él en recuperación.

Si la actitud en tratamiento no es la adecuada, los ultimatus servirán para ayudar a conseguir que se afronte el tratamiento con seriedad.

## 7 El Mentoring. La Vida en Recuperación

La experiencia confirma que la fórmula más eficaz para la recuperación en adicciones es la estancia en un centro especializado seguida de un intenso acompañamiento en la vuelta a casa. Muchas familias pierden la esperanza cuando, tras varios meses de ingreso y un importante desembolso, se vuelve a consumir. Una vez finalizada la parte “residencial” de la recuperación es importante tener un plan para la siguiente (y quizás la más importante) fase.

En un centro de ingreso no existen estímulos, no hay camellos ni posibilidad de obtener drogas. No se frecuentan compañías ni lugares de consumo. No están los problemas de pareja, el estrés del trabajo, las peleas con los padres o hermanos... El adicto se sumerge en una burbuja terapéutica. Este período de la recuperación es (por decirlo de alguna manera) más fácil que otros. Apoyo del centro, enfermeros, médicos (apoyo farmacológico), monitores, terapeutas, compañeros de ingreso, veteranos... Todo está preparado para hacer de estas semanas o meses un tiempo exclusivamente dedicado a tratar la enfermedad, desintoxicarse, concienciarse e iniciar un aprendizaje que durará toda la vida.

Muy diferente es la siguiente etapa del tratamiento. En ella se abandona el centro o el alojamiento tutelado y se vuelve a casa, al barrio, al “lugar del crimen”. Se vuelve a la habitación donde se consumió, a la mesilla de noche donde se escondió la droga, a la cama donde se lloró amargamente tras el enésimo fracaso, al cuarto de baño, el coche, el portal...

Durante los primeros meses todo son estímulos y la enfermedad reacciona generando malestar, ansiedad y unas enormes ganas de volver a consumir.

Por si esto fuera poco, las familias y el entorno más cercano se hallan en un estado de alerta que no facilita las cosas. La mosca detrás de la oreja de padres y parejas durará años y el adicto se siente bajo sospecha continuamente.

Son tiempos difíciles en los que todo apoyo es bienvenido.

Generalmente se acuerdan visitas a un psicólogo o centro de seguimiento con terapias semanales acompañadas de ciertas pautas de comportamiento (no entrar en bares, horario semanal, ejercicio físico...).

Sin embargo, durante el primer año los días de recuperación de un adicto son muy largos y un intenso acompañamiento es necesario.

El “Mentoring” es la labor que desempeña una persona con experiencia en la materia orientando, ayudando, acompañando y motivando a otra que se inicia en la misma.

En adicciones, es una actividad bien conocida en el mundo anglosajón pero (al igual que su prima hermana la “Intervention”) desconocida en España.

Básicamente consiste en ayudar al adicto a crear una vida nueva, aprender a vivir sin drogas, hacer que comprenda y valore las ventajas de ser libre.

Importante:

La evolución en la recuperación del enfermo y su familia debe avanzar en común. Todos se recuperan y el ritmo de ambos debe ser similar. Por ello, el entorno del adicto debe mantener un estrecho contacto con el “Mentor”.

El viaje de la recuperación será más gratificante y motivador, acompañando al enfermo en su primer año sin consumir, sin duda el más duro y en el que mayor número de recaídas se dan.

Si su ser querido está o ha estado en tratamiento y su evolución no es la adecuada no dude en contactar con un centro de seguimiento o Mentoring para no perder lo conseguido hasta ahora. Le ayudará a mantenerse abstinente y motivado y lograr, al fin, su objetivo.

Acompañar al adicto en los momentos clave de su recuperación aumenta las posibilidades de éxito. Las recaídas son habituales durante el primer año. Con el servicio de Mentoring el porcentaje de éxito aumenta enormemente. El trabajo del mentor debe ser personalizado, adaptándose al perfil y circunstancias sociofamiliares del adicto. Con un mentor, la recuperación puede convertirse en un camino ilusionante y motivador y deja de ser un camino oscuro, estrecho y limitado. La labor del mentor debe tener un



marcado componente vocacional implicándose con cada persona que llega en busca de ayuda.

El Mentor no sólo se ocupa del adicto, es también un servicio a disposición de las familias que sufren la enfermedad de adicción de uno de sus miembros. Mientras el enfermo se halla en el centro de ingreso, es bueno contactar con los responsables del futuro seguimiento y realizar la programación a seguir en el futuro.

Una forma de entender el servicio de Mentoring se explica con esta pregunta:

¿Prefieres aprender a nadar con un manual o con alguien que te acompañe en la piscina?

Así, el Mentor es un acompañamiento importante en los momentos decisivos de la vuelta a casa que aumenta enormemente la continuidad del adicto en recuperación una vez terminado su tratamiento. La vuelta a casa es también la vuelta al escenario de una vida de consumo y es ahí donde todo el apoyo es necesario. Antes de finalizar el ingreso o la primera fase del tratamiento es indispensable “tener un plan”, preparar de antemano el regreso al entorno habitual. El mentor acompañará al enfermo en su reincorporación a la vida familiar, laboral y social orientándole sobre cómo proceder y que riesgos evitar, motivándole en su progreso y haciéndole ver que una vida plena y feliz es posible. Entre sus herramientas más destacadas se encuentran:

- Estudio del entorno físico, social, familiar y laboral

-Diseño de un “planning” semanal que combine trabajo, ocio y recuperación de una forma equilibrada y progresiva, planteando alternativas saludables de ocio y cuidando la recuperación del sueño, la alimentación y el ejercicio físico de manera especial.

-Apoyo a las familias y parejas

-Visitas a domicilio

-Yoga, técnicas de relajación

-Acompañamiento a reuniones de grupo

-Contacto continuado con compañeros

-Acompañamiento a grupos de apoyo (AA, NA...)

-Recomendación de lecturas, cursos, películas, actividades...

-Terapias Individuales y de Grupo

-Apoyo telefónico

-Planning Semanal y Horario Diario

-Ejercicio Físico

-Cuidado del Sueño

-Alimentación

-Aseo e Higiene Personal

-Piso tutelado

-Evitar sustituciones...

Es importante para mantener la sobriedad y evitar recaídas que el plan de seguimiento (o Mentoring) sea conocido por la familia y el entorno más próximo. Si el horario semanal y las pautas de comportamiento se colocan en lugar bien visible en la casa se evitarán manipulaciones y mentiras.

Una vez finalizado el ingreso la familia debe involucrarse y entrenarse para mantener al adicto en la línea correcta. El Mentor será el responsable de ello.

Es bueno crear una “atmósfera terapéutica” en casa.

El temor a la recaída se combate con un compromiso. Se debe tener una conversación con el enfermo y fijar los pasos a seguir si sucede (volver a tratamiento)

Al preguntar al enfermo:

“¿Qué quieres que hagamos si vuelves a beber?”

le estamos dando valor y dignidad. El acuerdo debe ser firmado por todos.

La recaída no tiene porqué suceder, solo queremos estar preparados. Basta con hablarlo una sola vez y dejarlo claro. El enfermo debe saber que tendría consecuencias y las cosas no serían iguales.

La vida en recuperación es un aprendizaje continuo que no termina nunca en el que cada año que pasa es mejor que el anterior, el adicto observa su propia evolución y consigue asentarse en una sobriedad emocional y no sólo física.

No debemos confundir abstinencia con recuperación. Seguir siendo el de siempre “aguantándose” las ganas de consumir es un viaje triste y gris que terminará con la recaída es una cosa.

Querer cambiar, crecer, vivir una vida nueva, plena y feliz siempre consciente de la enfermedad que padecemos, es otra muy distinta.





