

CAPÍTULO 10



Acompañamiento en Casos de Adicciones y Trastornos Mentales

Yo soy el Señor quien te sana...
(Éxodo 15:26)

Sáname, Señor, y quedaré sano; sálvame, y quedaré a salvo.
(Jeremías 17:14)

*Al anochecer, cuando ya se había puesto el sol,
llevaron a todos los enfermos y endemoniados a Jesús...
Jesús sanó toda clase de enfermedades a mucha gente,
y expulsó a muchos demonios...*
(Marcos 1: 32-33)

Foco

En el capítulo 5—“Salud Mental y Salud Espiritual”—aludimos a la estrecha relación que existe entre las palabras y los conceptos “salud”, “sanidad”, y “santidad”. En el Antiguo Testamento la palabra sanar (y variaciones de la misma) aparece más de setenta veces, y cerca de ochenta en el Nuevo Testamento. Pero lo más importante a tener en cuenta es el lugar prominente que tiene en la Biblia la acción sanadora de Dios, de Jesús, y del Espíritu Santo.

Éxodo 15:26 expresa el deseo divino de mantener un pacto con Israel e identifica a Dios mismo como sanador. Por su parte, el texto seleccionado de Jeremías correlaciona la declaración del poder y la voluntad sanadora de Dios con la necesidad humana de salud y salvación.¹ El libro de los Salmos a su vez ilustra una gran cantidad de

¹ En el judaísmo, el texto de Jeremías es la base de la oración/bendición a favor de *refuah* (“sanidad”), en el libro de oraciones (*siddur*). Tal oración/bendición expresa claramente que Dios es el sanador y salvador responsable principal por el bienestar de su pueblo.

peticiones de sanidad (por ejemplo, 6:2, 41:4) y de acción de gracias por ella (30:2, 41:3). Ahora bien, en el mismo capítulo 17 de Jeremías hay una advertencia sobre el peligro de confiar en otros seres humanos en lugar de Dios, tal como el caso del rey Asá, quien en su enfermedad no buscó a Yavé sino a los médicos.² A pesar de la tensión aparente entre confiar en Dios o confiar en otros humanos, los rabinos supieron reconocer desde muy antiguo que los médicos pueden cumplir una función muy importante en el cuidado y la recuperación de la salud, aunque siempre en colaboración con la obra divina.³ La mejor evidencia la encontramos en el libro de Eclesiástico, o Sabiduría de Ben Sirá, considerado apócrifo.⁴ Son sin duda valiosas las afirmaciones que aparecen en tal documento en la cita siguiente:⁵

*Honra al médico por los servicios que presta,
que también a él lo creó el Señor.
Del Altísimo viene la curación...
El Señor ha creado medicinas en la tierra,
y la persona prudente no las desprecia...
Él es quien da a los humanos la ciencia,
para que lo glorifiquen con sus maravillas.
Con las medicinas el médico cura y elimina el sufrimiento;
y con ellas el farmacéutico prepara sus mezclas...
Hijo, en tu enfermedad no te desanimas,*

² II Crónicas 16:12. Cabe tener en cuenta que para ese tiempo la medicina estaba contaminada por la magia; además el rey Asá, según el cronista, quería librarse de un castigo de Dios.

³ Hoy día, además de los “médicos” se incluye por cierto a otros profesionales de la salud mental.

⁴ Los llamados “libros apócrifos” son parte de la Biblia para la Iglesia Católica Romana y otras tradiciones cristianas, pero no para las iglesias provenientes de la Reforma, tales como las iglesias evangélicas. Aunque el adjetivo “apócrifo” (del griego) significa oculto o secreto, la razón de no incluir ciertos libros en el canon bíblico es que mucho antes de la Reforma del siglo XVI se puso en duda la inspiración divina de los mismos aun dentro de las tradiciones judías.

⁵ Eclesiástico 38:1-15, *Biblia de Jerusalén Latinoamericana* (Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001), p. 1014. El libro de Eclesiástico o Sabiduría de ben Sirá fue escrito por un escriba judío quien recogió enseñanzas y proverbios en la tradición clásica de sabiduría (a la que aludimos en el capítulo 2). Sin embargo, tales proverbios y enseñanzas datan aproximadamente de los años 200 a 175 antes de Cristo; o sea que el libro es mucho más reciente que los libros sapienciales canónicos (Job, Proverbios, Eclesiastés).

*sino ruega al Señor, que él te curará...
Luego recurre al médico,
pues el Señor también lo ha creado;
que no se aparte de tu lado,
hay momentos en que la solución está en sus manos.
También ellos rezan al Señor,
para que les conceda poder aliviar el dolor,
curar la enfermedad y salvar tu vida.
El que peca contra su Hacedor
¡que caiga en manos del médico!*⁶

Los cuatro evangelios registran el carácter pleno o integral del ministerio de Jesús, cuyo mensaje se centra en la dádiva y la promesa del Reino de Dios. Tal ministerio incluye la sanidad de cuerpo, alma, y espíritu, así como también la sanidad de relaciones humanas y de grupos y estructuras sociales. La razón es que el evangelio del Reino abarca toda la vida en este mundo y en este tiempo. Es por eso que oramos, “Venga tu reino. Hágase tu voluntad en la tierra...” Y es por eso que se nos ha comisionado a participar de ese ministerio integral con la orientación y el poder del mismo Espíritu de Dios.

Con tal inspiración en mente abordaremos en este capítulo el desafío de acompañar a quienes sufren debido a ciertas dolencias específicas y necesitan sanidad. Nuestros objetivos son:

- 1) Ampliar el conocimiento y la comprensión de algunas condiciones de adicción y trastorno emocional o mental que se presentan con frecuencia en nuestro medio social y eclesial.
- 2) Apreciar mejor, a esa luz, el drama humano de vulnerabilidad, sufrimiento, y búsqueda de sanidad.
- 3) Explorar ciertas prácticas deseables de acompañamiento (no necesariamente especializado) desde la psicología pastoral.

⁶ En este último verso notamos la correlación directa entre pecado y patología que supone el autor y que ha sido desde muy antiguo motivo de estudio. Aunque hoy día rechazamos la idea de una relación causa-efecto en todos los casos, también debemos considerar ciertas conexiones posibles entre inmoralidad-pecado y enfermedad o trastorno bio-psico-espiritual, como en el caso de ciertas adicciones, por ejemplo.

Ejercicio 1

Reflexione sobre (a) un caso de adicción y (b) otro de trastorno mental o emocional⁷ que usted conozca muy bien, como ser en su familia o entre sus amistades. Para ambos casos, describa la condición física, anímica, familiar, social, y espiritual de tales personas. ¿Qué tipo de atención y ayuda recibieron (o debieron haber recibido)? ¿De qué maneras apoyó (o debió haber apoyado) a tales personas su familia y la comunidad de fe?

Exploración

Esta sección es mayormente descriptiva y explicativa de las principales disfunciones o desórdenes que se llaman adicciones y trastornos mentales. Comienza con la consideración de cinco clases de adicciones: alcoholismo y drogadicción, es decir las dos que asociamos con dependencia química junto con la dependencia psicológica. Después trataremos la adicción a la tecnología electrónica y a la pornografía en particular y, por último, la adicción a los juegos de azar. Seguidamente enfocaremos algunos desórdenes mentales que requieren atención médica especializada, incluyendo la de tipo psiquiátrico: ansiedad extrema, depresión, trastorno bi-polar, demencia, y trastornos asociados con la alimentación. En todos los casos nos interesa describir y analizar estas formas especiales de patología con el fin de ampliar nuestra comprensión de las mismas.

Alcoholismo

El alcoholismo es un trastorno crónico y progresivo que consiste en una dependencia del alcohol tanto física como psicológica. Las personas que padecen alcoholismo (“alcohólicas”) siempre muestran patrones de uso del

⁷ En este capítulo utilizaremos las mismas nociones de salud, salud mental, y trastornos mentales, con que trabajamos en el capítulo 5, “Salud Mental y Salud Espiritual”: (1) Según la sencilla definición de la Organización Mundial de la Salud, la **salud** puede definirse simplemente como “un estado de bienestar físico, mental y social, y espiritual, y no meramente la ausencia de enfermedad”. (2) La **salud mental** puede caracterizarse como la capacidad de sentir, pensar y actuar en maneras que aumentan nuestra capacidad para disfrutar la vida y enfrentar los desafíos que se presentan a diario. (3) Los **trastornos mentales** pueden definirse, en pocas palabras, como esas condiciones de salud que se caracterizan por alteraciones de pensamiento, afectos, o comportamiento (o cierta combinación de éstos) acompañadas de aflicción y/o alguna forma de disfunción o discapacidad.

alcohol excesivo o incontrolable.⁸ Tal consumo causa, o contribuye a causar, enfermedades del hígado, problemas gastrointestinales o cardiovasculares, complicaciones relacionadas con diabetes, y otros trastornos médicos. El consumo excesivo de bebidas alcohólicas es especialmente dañino en combinación con otras drogas, ya sean legales o ilegales. En términos de perjuicio físico, familiar y social, y propiedades adictivas, las bebidas alcohólicas ocupan un lugar destacado entre las drogas lícitas e ilícitas, incluyendo nicotina, cocaína, barbitúricos, metadona, y heroína.

Con mucha frecuencia, el alcoholismo ocurre junto a otros problemas mentales o emocionales, lo cual requiere tratamientos adicionales. Además, el alcoholismo contribuye al abuso doméstico, divorcio, serias dificultades académicas o laborales, y accidentes de todo tipo, especialmente los de tránsito.⁹

Es evidente que el uso frecuente de bebidas alcohólicas puede aumentar el riesgo de que se desarrolle el cuadro patológico del alcoholismo. Pero debe tenerse en cuenta, además, que hay varios otros factores importantes que pueden predisponernos al alcoholismo, tales como los siguientes:

- Factores emocionales: autoestima baja, depresión, u otros indicadores de disfunción mental y emocional con frecuencia forman parte del cuadro personal de la adicción.
- Genes: hoy sabemos que ciertas familias y grupos étnicos demuestran más susceptibilidad que otros.
- Edad: cuanto más joven se comienza a consumir bebidas alcohólicas, más grande el riesgo de que se desarrolle un cuadro de alcoholismo.
- Género: los hombres son más proclives que las mujeres al abuso de bebidas alcohólicas y al alcoholismo en sí.
- Historia familiar: la conducta de madres y padres en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas tiende a influenciar las decisiones de sus hijas e hijos sobre el uso de aquéllas.

⁸ Puede hacerse una distinción entre *abuso* del alcohol y el alcoholismo propiamente dicho. Quienes abusan del alcohol, o sea que beben de manera excesiva o inapropiada, pueden no haber perdido el control sobre tal uso. De todas maneras, generalmente el abuso de bebidas alcohólicas causa serios problemas de salud y también de orden familiar y social.

⁹ Se calcula que el exceso de alcohol está presente en casi la mitad de todos los accidentes fatales de tránsito.

El problema del alcoholismo en la adolescencia y juventud es un reto muy importante para la familia y la sociedad debido a por lo menos cuatro razones:

- Quienes comienzan a consumir bebidas alcohólicas antes de los 15 años tienen cinco veces más probabilidad de crear dependencia del alcohol que los que empiezan después de los 20.
- Siendo que durante la adolescencia continúa el crecimiento y desarrollo físico, los sistemas bio-psicológicos no están en condición de procesar adecuadamente el alcohol. (A pesar de tal realidad, un alto porcentaje de adolescentes hoy día tiende a abusar de las bebidas alcohólicas desde edad temprana, en buena medida debido a que tales bebidas son inmensamente populares y fácilmente accesibles).
- El alcohol es uno de los factores mayores en las tres causas principales de muerte entre personas de 15 a 24 años, es decir, los accidentes en automóviles, los homicidios, y los suicidios.
- El abuso de bebidas alcohólicas es un factor clave en la mayoría de los casos de violación sexual.

Para identificar la condición de alcoholismo puede utilizarse una lista de indicadores como la que se presenta a continuación. Alguien puede padecer tal condición si uno o más de tales indicadores se aplican en su caso:

- El alcoholismo ha sido un problema en su familia.
- La persona bebe sola o en secreto...
- ...se despierta con el deseo de beber;
- ...no puede limitar la cantidad de bebida alcohólica que consume;
- ...experimenta "lagunas" mentales, y no puede recordar conversaciones que tuvo mientras bebía;
- ...se molesta o se irrita cuando su práctica de beber resulta interrumpida, cuando no hay bebida disponible, o cuando alguien sugiere que tiene un problema con la bebida;
- ...va perdiendo interés en actividades que antes le agradaba o gozaba realizar;
- ...esconde bebidas en el hogar, el trabajo, o en el automóvil;

- ...se intoxica procurando sentirse bien o “normal”;
- ...necesita ir aumentando la cantidad de bebida para sentir los efectos deseados;
- ...experimenta síntomas tales como náusea, transpiración, o temblores, cuando no bebe.

Drogadicción

La adicción a drogas ocurre cuando la persona se vuelve química y psicológicamente dependiente del uso continuo de drogas.¹⁰ El potencial adictivo de las drogas varía según sean las sustancias de aquéllas y los factores de riesgo que afectan especialmente a la persona que las consume. Dependiendo de la calidad de la droga y de los factores personales, las adicciones se pueden desarrollar más o menos rápidamente. Hay tres categorías principales en cuanto al uso de drogas:

- **Experimentación:** es el caso en que una persona usa una droga por curiosidad sobre sus efectos, o bajo la influencia o presión de otros. Puede ser que no continúe usándola y no desarrolle un patrón de uso.
- **Abuso:** la persona continúa consumiendo una droga a pesar de las consecuencias, es decir que ha desarrollado una práctica o patrón de uso.
- **Adicción o dependencia:** la persona demuestra una compulsión en el uso de la droga. Desarrolla un grado de tolerancia relativa, de modo que necesita aumentar progresivamente la cantidad de droga para lograr el mismo efecto. Si decide y logra interrumpir abruptamente el consumo, puede experimentar síntomas tales como fuerte dolor de cabeza, irritabilidad, desasosiego, o insomnio.

La drogadicción es una enfermedad que incluye cambios en la estructura y la función del cerebro. Con el paso del tiempo, los cambios pueden afectar el sentido de autocontrol, la memoria, el aprendizaje, y la habilidad de hacer decisiones saludables. Las drogas interfieren con la manera como las células nerviosas normalmente envían, reciben, y procesan información. La gran mayoría de las drogas que se consumen

¹⁰ Hablamos de *abuso* de drogas, ya sea aquellas indicadas por prescripción médica, las de venta libre, o las ilegales, cuando se consumen de maneras no saludables resultando en problemas físicos, familiares, sociales, o laborales.

afectan el sistema de refuerzo positivo del cerebro al inundar el circuito con dopamina. La dopamina es un neurotransmisor en regiones del cerebro que controlan el movimiento, la emoción, la motivación, y los sentimientos de placer. Esa sobre-estimulación del sistema induce a la persona a repetir el uso de las drogas.

Cuanto mayor sea el número de los factores de riesgo presentes en una persona dada, mayor es la posibilidad de que el consumo de drogas la lleve a la dependencia y la adicción. En términos generales, las muchachas y las mujeres jóvenes parecen ser más vulnerables al abuso de drogas y a la drogadicción como tal que los muchachos y los hombres jóvenes; las mujeres tienden a volverse adictas más rápidamente que los hombres. En todos los casos, los principales factores de riesgo son los siguientes:

- Falta de destrezas para manejar situaciones de estrés: las drogas pueden facilitar un escape frente a los desafíos o demandas de la vida.
- Historia personal: las experiencias pasadas de situaciones traumáticas pueden llevar a la persona a buscar alivio o cura en las drogas.
- Salud mental: los trastornos psiquiátricos pueden reducir la resistencia al abuso de drogas; por ejemplo, las personas deprimidas suelen recurrir a las drogas en un intento de auto-medicarse.
- Biología: hay ciertos genes—características que se heredan—que parecen predisponer a ciertas personas hacia la drogadicción.
- Medio ambiente: la influencia o los modelos de la familia y de las amistades, las presiones sociales, situaciones de carencia extrema o pobreza, y serios conflictos familiares.

El cuadro siguiente presenta un panorama del tipo de drogas más usadas hoy día y de sus efectos posibles.

Tipos de droga	Ejemplos	Efectos
Sedantes	alcohol, marihuana, “hashish”, Valium	intoxicación, sedación, somnolencia, dependencia, temblores

Estimulantes	anfetaminas, cocaína, nicotina	dilatación de pupilas, desasosiego, agitación, depresión mental-física, paranoia
Alucinógenas	marihuana, LSD, mezcalina	dilatación de pupilas, alucinaciones, alteración del sentido del cuerpo, pérdida del apetito
Narcóticos	morfina, analgesia, metadona, codeína, “Darvon”, “Dilaudid”	trastorno del habla, somnolencia, constricción de las pupilas, fiebre, vómito, escalofríos, calambres
Inhalantes	aerosoles, goma de pegar, disolvente de pintura, líquidos de limpieza	excitación, confusión, somnolencia, pérdida de balance, alucinaciones, tos frecuente, depresión

Adicción a medios electrónicos

Hoy día hay acuerdo generalizado en que los serios problemas de adicción no se limitan a los de la dependencia de sustancias químicas tales como en los casos de alcoholismo y drogadicción. La “adicción electrónica” presenta un reto formidable. Por un lado, los iPods, juegos de video, teléfonos celulares, y el internet, nos ofrecen una gama riquísima de posibilidades de información, comunicación y entretenimiento. Por otro lado, esos mismos medios electrónicos resultan ser vehículos muy seductores y eficaces de dependencia y adicción.

Los efectos posibles de la adicción electrónica incluyen, entre otros, declinación en la salud física y el sentido de bienestar general, problemas de conducta y deterioro o pérdida de relaciones interpersonales, dificultades escolares y profesionales, y pérdida de empleo. Además, la compulsión a “textear” y a usar constantemente el teléfono celular es causa de muchos accidentes de tránsito.

Se calcula que cerca de un diez por ciento de la población—niños, jóvenes, adultos—tiende a volverse adicto a los medios electrónicos. Las

personas más vulnerables son las que muestran factores como los siguientes: sufren depresión y baja auto-estima, tienen problemas de relación social, ansiedad, temores y hostilidad, auto-control deficiente, sufren algún grado de Desorden de Hiperactividad y Déficit de Atención, han sido víctimas de abuso, o tienen problemas de conducta compulsiva.

Los expertos coinciden en advertir que estas adicciones de comportamiento crean serios riesgos de que se generen problemas físicos y emocionales/mentales. Para identificar la condición de adicción electrónica puede utilizarse una lista de indicadores como la que se presenta a continuación. Alguien puede padecer tal condición si uno o más de tales indicadores se aplican en su caso:

- La persona no puede dejar de usar los medios electrónicos o se siente ansiosa cuando no están disponibles;
- ...pasa más tiempo ocupada con tales medios (ej. internet) que lo que quisiera pasar;
- ...el uso de esta tecnología no deja lugar suficiente para otras actividades;
- ...pasa más tiempo con ella (y/o con sus amistades “virtuales”) que con sus amistades reales;
- ...está en contacto electrónico “en línea” (on line) más de 20 horas por semana;
- ...busca más y más estimulación (por ejemplo de tipo pornográfica) en su recorrido por el internet;
- ...tiende a mentir en lo que respecta a su involucración con los medios electrónicos;
- ...descuida su higiene personal, o acorta sus horas de sueño por invertir más tiempo con la computadora u otro medio electrónico.

Pornografía

Se llama “pornografía” a todo material sexualmente explícito que está diseñado para producir excitación sexual y estimular tipos de actividad sexual frecuentemente degradante, abusiva, humillante, o perjudicial. El material pornográfico se comunica por una variedad de medios tales como videos, revistas, TV cable, sitios de la red, interacción por

internet, y sexo por teléfono. La producción y distribución de material pornográfico es hoy día un negocio global gigantesco.¹¹

El material “porno” es poderosamente adictivo, realidad de la que no están conscientes quienes comienzan a usarlo.¹² Esta situación se complica debido a los mitos (en el sentido de creencias erróneas) que sirven para justificar el consumo de pornografía, como ser:

- La sexualidad está principalmente al servicio de la gratificación de los deseos y necesidades personales del individuo.
- La pornografía no lastima a nadie...
- ...ofrece información correcta y orientación sobre la sexualidad;
- ...y ofrece una oportunidad de intimidad humana intensa.
- La relación sexual de dominación es más gratificante que el placer sexual mutuo entre dos personas en pie de igualdad.

El uso ocasional de material porno tiende a convertirse en consumo más y más frecuente y compulsivo. Con el paso del tiempo, las imágenes que producían excitación sexual van perdiendo poder y se busca el estímulo de imágenes más y más explícitas. Los efectos negativos pueden llegar a ser devastadores porque la persona adicta oculta su dependencia del material porno y vive una especie de doble vida. Tiende a perder la confianza de su pareja, teme ser descubierto, limita su energía y su tiempo con relaciones importantes de amistad, trabajo, y otras, lucha con sentimientos de vergüenza y culpa, y puede caer en un grave aislamiento con desesperanza.

Como en los casos de adicciones antes considerados, es importante saber identificar indicadores de adicción a la pornografía como los que se enumeran a continuación:

- La persona no puede resistir su búsqueda de estimulación y de mirar el material pornográfico;

¹¹ Se calcula que las ganancias anuales a nivel mundial están cerca de los 60 billones de dólares. Más del 10% de los sitios de la red (o sea más de cuatro millones) son sitios pornográficos de diverso tipo. Una cuarta parte de la búsqueda de sitios va destinada a ellos.

¹² Se estima que es 11 años la edad promedio de la persona que está expuesta a la pornografía en internet por primera vez. El grupo mayoritario de consumidores de pornografía es el de adolescentes entre 12 y 17 años. Más del 70% de quienes visitan sitios pornográficos son hombres (y cerca del 30%, por lo tanto, mujeres). Se calcula que no menos del 10% de hombres cristianos, incluyendo líderes pastorales y otros, son adictos a la pornografía, y cerca del 4% en el caso de las mujeres.

- ...está preocupada u obsesionada con tal material;
- ...ha fallado en su esfuerzo por dejar de consumir pornografía;
- ...pasa mucho tiempo usando pornografía, se masturba mientras lo hace, justifica el consumo de material porno, y tiende a sentir vergüenza y culpa;
- ...necesita aumentar la intensidad y/o la frecuencia del estímulo sexual para obtener el grado de gratificación buscado;
- ...y se vuelve tensa e irritable cuando no puede usar pornografía.
- La adicción a la pornografía interfiere con la vida familiar, la actividad escolar o académica, y/o el trabajo.

Juegos de azar

Los juegos de azar consisten en arriesgar algo de valor (generalmente dinero) en una actividad en la que el resultado se basa en la suerte. Esos juegos—apuestas, loterías, juegos de naipes por dinero, etc.—requieren que siempre haya ganadores y perdedores, y tienden a desarrollar una conducta adictiva y compulsiva.¹³ Generalmente se puede notar un cierta progresión en cuanto a la conducta adictiva, como se describe seguidamente en cuatro fases distinguibles entre sí:

- Fase de la ganancia: suele comenzar cuando alguien gana (por ejemplo, la lotería) lo cual le entusiasma y le sugiere una mirada positiva a los juegos de azar.
- Fase de la(s) pérdida(s): la persona comienza a preocuparse por “tener suerte”; tiende a jugar sola, a pedir dinero prestado, pierde horas de trabajo, miente a su familia y a sus amistades, no puede pagar las deudas que se acumulan, y decide seguir jugando más a fin de recuperar el dinero perdido.
- Fase de la desesperación: los jugadores se empiezan a sentir avergonzados y culpables, pero no pueden dejar de jugar. Muchos tratan de hacer trampa o robar para financiar su adicción. Algunos pierden su empleo, se divorcian, o terminan en prisión.
- Fase de la desesperanza: los jugadores llegan al extremo de pensar

¹³ La adicción a los juegos de azar es aún mucho más común entre la población masculina que en la femenina, aunque se advierten cambios importantes en cuanto al aumento de tal adicción entre las mujeres.

que nadie aprecia su condición desgraciada y que nadie ni nada les puede ayudar. Sienten una culpa inaguantable y pierden el deseo de seguir viviendo, de modo que pueden considerar suicidarse; otra “salida” posible es recurrir a las bebidas alcohólicas y las drogas para mitigar su sufrimiento.

La participación compulsiva en juegos de azar de diversos tipos tiene por lo general efectos devastadores sobre la salud mental y emocional, la familia, el trabajo, y otras relaciones. Por lo tanto, puede llegar a identificarse psiquiátricamente como una enfermedad mental crónica. Es importante reconocer los indicadores de adicción a juegos de azar, tanto al servicio de la prevención primaria como al de la secundaria, o sea cuando los indicadores tienden a repetirse en la segunda y tercera fase arriba descritas. Estamos alertas, entonces, a las señales siguientes:

- La persona pasa gran cantidad de tiempo jugando, es decir le “roba” tiempo a su familia, amistades, estudio o trabajo, otros intereses;
- ...hace apuestas cada vez más sustanciales y más frecuentes a fin de mantener el nivel de excitación;
- ...aumenta la deuda que tiene, y tiende a pedir dinero prestado o a abusar de las tarjetas de crédito;
- ...tiene la ilusión de que pronto va a “ganar en grande” y así resolver sus problemas financieros, en vez de cambiar su conducta compulsiva como jugador;
- ...no cumple sus promesas de dejar de jugar;
- ...miente, o se resiste a explicar conductas tales como pasar mucho tiempo fuera de la casa o del trabajo, hacer un número creciente de llamadas telefónicas o textos, y cómo gasta el dinero;
- ...la adicción le produce marcadas fluctuaciones emocionales (euforia cuando gana, y depresión, hostilidad, desasosiego cuando pierde o cuando no puede jugar).
- ...resalta las ganancias y desestima o minimiza las pérdidas (aunque algunos jugadores mantienen secreto en ambos casos);
- ...prefiere jugar en vez de pasar tiempo con la familia en ocasiones especiales;
- ...busca conseguir nuevas oportunidades para jugar o, por

ejemplo, procura que los lugares para vacaciones incluyan sitios para los juegos de azar.

Desórdenes o trastornos de ansiedad

Es normal que diariamente sintamos cierto nivel de ansiedad en algunos momentos. Pero cuando no nos podemos relajar, tenemos miedos irracionales, irritabilidad, dolores musculares, pensamientos fuera de control que se repiten, insomnio, o preocupaciones excesivas, es probable que padezcamos lo que se llama “desorden de ansiedad”. O sea que, en tales casos, la ansiedad nos abrumba y está más allá de nuestra posibilidad de manejo y control de la misma.

Se calcula que un 15% de la población sufre desórdenes de ansiedad, los cuales se experimentan de varias maneras. Es decir, hay varios tipos de trastornos de ansiedad, como se presenta brevemente en los próximos párrafos.

- **Ataques de pánico.** Repentina y sorpresivamente se siente un gran miedo o terror acompañado de síntomas tales como dificultad para respirar, malestar o dolor en el pecho, y temor a “estar volviéndose loco” o muriéndose. Hay quienes piensan que están sufriendo un ataque cardíaco cuando, en realidad, puede ser que se trate de un ataque de ansiedad o angustia.
- **Fobias.** Se trata de sentirse expuesto a una situación temida (por ejemplo, salir a la calle) o a un objeto (por ejemplo, ciertos animales). Las fobias pueden causar ansiedad extrema y pánico, aun cuando la persona sepa que sus miedos son irracionales. El evitar tales situaciones en extremo “ansiógenas” (generadoras de ansiedad) por supuesto reduce la capacidad de llevar una vida relativamente normal.
- **Desorden obsesivo-compulsivo.** Se caracteriza por presentar pensamientos intrusivos que causan ansiedad (“obsesiones”) y/o comportamientos repetitivos, tales como tener que lavarse las manos a menudo (“compulsiones”).
- **Desorden de ansiedad generalizado.** Se trata de preocupación excesiva y persistente en torno a diversas situaciones o ambientes, y tiende a durar más de seis meses.

- **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).** Se caracteriza por volver a “vivir” repetidamente un evento traumático en extremo, o sus efectos a largo plazo.¹⁴

Cabe dejar claro, por un lado, que los desórdenes de ansiedad no son reflejo de “debilidad mental” ni de “falta de fe”; por otro lado, como vimos en el capítulo cinco, afectan negativamente tanto a la vivencia de espiritualidad como a sus manifestaciones exteriores. Tales desórdenes no evidencian “debilidad de carácter” sino que son una condición psicológica disfuncional y tratable. Siguen algunos datos útiles sobre la realidad de los trastornos de ansiedad.

- Las personas que sufren un serio trastorno de ansiedad tienden a buscar ayuda médica de tres a cinco veces más que el resto de la población.
- El desorden de ansiedad generalizado (DAG) suele diagnosticarse durante la adolescencia, aunque los síntomas correspondientes con frecuencia se detectan en la niñez.
- Las mujeres reciben el diagnóstico del DAG dos veces más que los hombres.
- La violación sexual es el disparador más común del síndrome de desorden postraumático (TEPT). El abuso sexual en la niñez típicament genera el desarrollo de TEPT años más tarde.
- Comparadas con quienes sufren las llamadas ansiedades generalizadas, las personas con miedos específicos responden más efectivamente a los tratamientos de re-educación conductual.
- Las personas cuya imagen de Dios es negativa (por ejemplo un dios distante, juez severo, padre tirano o sádico) tienden a reportar niveles más altos de estrés y ansiedad. (Es decir, es uno de los casos en que la espiritualidad tóxica afecta negativamente a la salud mental).

Depresión

Se considera a la depresión como un desorden afectivo o del ánimo que causa sentimientos de profunda tristeza o desesperanza durante un largo período de tiempo. Puede manifestarse tanto en hombres como en mujeres

¹⁴ Véanse las referencias al TEPT en el capítulo 9 de este libro.

y en cualquier fase del ciclo vital—niñez, adolescencia, juventud, adultez, o ancianidad. Se estima que no menos de un 15% de la población sufre el cuadro de la depresión en algún momento de su vida. Además, en términos generales, se calcula que hoy día y en cualquier momento dado, no menos del 5% de la población se encuentra en un estado de depresión, más en el caso de las mujeres (un 6%) que de los hombres (3%). Además, se cree que un 25% de las mujeres y 10% de los hombres sufrirán un cuadro de depresión en algún momento de sus vidas.

Está comprobado que la depresión es la causa número uno de discapacitación entre las personas que trabajan en cualquier tipo de actividad laboral. Lamentablemente, es bajo el porcentaje de las personas con depresión (tal vez un 30%) que buscan o tienen acceso a un tratamiento apropiado, aunque la depresión es uno de los trastornos mentales que mejor se pueden tratar actualmente.

Hoy sabemos que la depresión se relaciona con un desequilibrio químico en el cerebro, pero no está claro aún si eso es la causa o la consecuencia de la depresión. Para muchas personas, la depresión está presente en su trasfondo y sistema familiar; para otras, aquella se vincula directamente con ciertas crisis y pérdidas (“depresiones reactivas”). Con frecuencia se deduce que la depresión resulta de la combinación de los genes que heredamos y los eventos difíciles de la vida. Además, otros problemas tales como la ansiedad y las adicciones, pueden contribuir al cuadro depresivo.

Algunas personas sufren sólo un episodio de depresión en su vida, mientras que otras tienen varios; hay además un grupo numeroso de quienes padecen depresión crónica, es decir, como una condición que les aqueja constantemente. Cualquiera sea la causa de la depresión, ésta siempre afecta nuestras emociones y sentimientos, ya sea desconectándonos de ellos o creando fuertes afectos negativos de dolor y rechazo. El resultado es que la persona deprimida tiende a retirarse en sus relaciones con la familia, con amistades, y aun con Dios.

Suele llamarse “depresión clínica” al cuadro depresivo que se diagnostica psiquiátricamente como tal. Es decir, cuando no se trata de la reacción normal a circunstancias difíciles de la vida, tales como pérdidas graves de diverso tipo, sino de un trastorno o desorden mental. Un diagnóstico de depresión corresponde al caso en que los síntomas duran dos semanas por

lo menos y tienden a agravarse. Una persona con varios de los síntomas que aparecen abajo podría estar padeciendo tal depresión clínica, lo cual debe ser verificado y documentado por un profesional competente:

- Emociones y sentimientos de tristeza creciente y/o irritabilidad
- Incapacidad para disfrutar actividades que antes le resultaban placenteras
- Pérdida de deseo o interés sexual
- Distancia emocional respecto a otras personas
- Problemas de concentración mental
- Cambios en el apetito y hábitos de comida
- Pérdida notable de peso, o aumento de peso
- Cambios en los hábitos de dormir: dormir demasiado, o dormir muy poco
- Falta de energías y fatiga extrema
- Sentimientos de desesperanza y/o de desvalimiento
- Auto-estima demasiado baja
- Lentitud en el pensamiento y el lenguaje
- Preocupación con pensamientos relacionados con la muerte o con el suicidio
- Intensificación de malestares físicos: dolores de estómago, tensión muscular, dolores de cabeza, etc.

Además de tener en cuenta tales síntomas de depresión, conviene reconocer que ésta ocurre en diferentes formas que requieren diversos tipos de tratamiento. Las más comunes son las siguientes:

- **Depresión extrema o mayor.** Afecta seriamente el funcionamiento en el diario vivir. Puede incluir ideas de suicidio,¹⁵ y puede ser necesario hospitalizar a la persona.
- **Desorden distímico.** Se trata de un nivel de depresión relativamente bajo pero persistente, casi diario, y dura no menos de dos años.

¹⁵ Atención: cuando alguien contempla la idea de suicidarse, la persona o quienes toman conocimiento de tales pensamientos, deben conectarse inmediatamente con alguien que pueda ayudarlo (pastor[a], médico de la familia, consejera, u otra persona o programa disponible). En otras palabras, siempre debemos tomar en serio tal posibilidad así contemplada por quien se siente sin rumbo y sin esperanza.

- **Trastorno de adaptación.** Es una forma de responder ante una situación crítica grave, tal como el divorcio, la muerte trágica de un ser querido, pérdida financiera o de trabajo, cirugía mayor, etc. Por eso es que también se le llama “depresión reactiva”.
- **Desorden afectivo de temporada (o estacional).** Se asocia con la disminución de la luz solar, especialmente en la temporada de invierno.
- **Depresión post-parto.** La experimentan en alguna medida cerca del 20% de las madres en los dos años primeros de la vida de la niña o niño que han dado a luz. Este tipo de depresión puede afectar la naturaleza del vínculo con la o el bebé.
- **Depresión bipolar.** Es la antes llamada condición “maníaco-depresiva”, e incluye una variedad de síntomas diferentes, como veremos en la próxima sección.

Trastorno bipolar

Como su nombre sugiere, el desorden bipolar consiste en un grupo de condiciones anímicas en las cuales se experimentan períodos de exagerada energía y euforia, y tiempos de escasa energía y depresión, a menudo alternando bruscamente entre ambos. Para algunas personas, tales cambios pueden ser moderados, mientras que para otras, tales altibajos pueden ser severos. En todos los casos se afecta no sólo el ánimo—emociones, sentimientos—sino también el pensamiento y el comportamiento mismo. Los episodios “bipolares” suelen durar más de una semana.

Lamentablemente, estos trastornos o desórdenes tienden a ser condiciones crónicas de toda la vida. Tienen una base biológica fuerte que se asocia con ciertas experiencias en el curso del ciclo vital. Cuando no se los trata a tiempo, pueden dañar seriamente la capacidad de la persona para funcionar y empobrecer su calidad de vida. Quienes sufren el trastorno bipolar corren el riesgo de desarrollar también desórdenes de ansiedad o abuso de drogas, y de suicidarse.¹⁶ Otros problemas médicos asociados con

¹⁶ Las personas que padecen el trastorno bipolar corren el riesgo del suicidio sesenta veces más que el resto de la población. Sus intentos de suicidio son generalmente mucho más exitosos. La doble causa de esta realidad parece ser el alto costo emocional de las “caídas” desde la euforia maníaca hacia la fase depresiva, junto con el estrés extremo típico que caracteriza a los ciclos maníaco-depresivos.

este trastorno son la hipertensión, enfermedades del corazón, y dificultades para mantener el peso adecuado.

Se observa que el desorden bipolar afecta por igual a hombres y mujeres, y se estima que ocurre entre el 1% y el 3% de la población adulta en un contexto social dado. Afortunadamente, hoy día contamos con tratamientos médicos efectivos frente a esta enfermedad mental; cuando se accede a tales recursos en forma consistente, es posible no sólo manejar tal trastorno en forma adaptativa sino también seguir adelante con una vida relativamente saludable y creativa. Las formas de tratamiento más comunes incluyen siempre una combinación de medicamentos y psicoterapia. Actualmente, un 30% de quienes padecen el desorden pueden neutralizar los síntomas cuando se cuenta con la medicación adecuada para estabilizar el estado anímico. Tales síntomas son los siguientes:

- En los episodios “maníacos” (euforia, fuerte influjo de energía)
 - ♦ Irritabilidad extrema
 - ♦ Auto-estima demasiado alta
 - ♦ Cambios emocionales rápidos e impredecibles
 - ♦ Disminución de la necesidad de dormir
 - ♦ Energía excesiva
 - ♦ Comunicación verbal excesiva
 - ♦ Aceleración del pensamiento
 - ♦ Distracciones constantes
 - ♦ Comportamientos riesgosos (en relación con la sexualidad, las finanzas, etc.)
- En los episodios “depresivos” (desánimo, disminución de energía)
 - ♦ Emociones y sentimientos de tristeza
 - ♦ Pérdida de interés en otras personas, en el trabajo, en entretenimientos, etc.
 - ♦ Aislamiento social
 - ♦ Insomnio o fatiga extrema
 - ♦ Pérdida notable de peso o aumento de peso
 - ♦ Agitación
 - ♦ Sentimiento de culpa o baja auto-estima

- ♦ Dificultad para concentrarse y para hacer decisiones
- ♦ Foco en la muerte, o pensamiento sobre el suicidio

Demencia

Hasta no hace mucho tiempo atrás, en contextos latinoamericanos se asociaba “demencia” con “locura”. Hoy día la palabra denota algo diferente; se trata de la declinación generalizada de facultades intelectuales y sociales al punto de interferir seriamente con el funcionamiento de la persona en su diario vivir. En otras palabras, la demencia no se entiende como una enfermedad mental en sí sino más bien como un síndrome (o sea, conjunto de síntomas) causado por otras condiciones patológicas, como ser: enfermedad de Alzheimer, de Parkinson, o de Huntington; esclerosis múltiple, demencia vascular, etc. La demencia siempre incluye problemas con la memoria y, por lo menos, alguno de los síntomas que se identifican a continuación:

- Desorientación relativa a lugar y/o tiempo
- Dificultad para prestar atención y para concentrarse
- Dificultad para razonar y resolver problemas
- Pérdida de iniciativa personal
- Cambio notable de carácter o personalidad
- Cambio generalizado de estado de ánimo
- Empobrecimiento de la capacidad de análisis y juicio
- Dificultad para movilizarse
- Problemas en la percepción
- Dificultad para comprender y/o utilizar el lenguaje
- Pérdida de inhibiciones

La expectativa de vida ha ido en aumento en muchos contextos socio-económicos, aunque no así entre las clases empobrecidas y marginadas. Los avances en las ciencias biológicas y médicas y las posibilidades de alimentación adecuada han estado contribuyendo a tal aumento. No obstante, junto con la prolongación de expectativa de vida se advierte un incremento de la población que padece demencia, cuya ocurrencia se observa especialmente entre quienes tienen más de 65 años de edad. Cabe aclarar de todas maneras que, contrario a lo que a veces se supone, la

demencia no resulta simplemente del proceso normal de envejecer. No es por lo tanto la acompañante obligada de las arrugas en la piel, disminución de la agilidad para caminar o correr, y otras señales normales de la llamada “tercera edad”. Por eso, precisamente, cuando se detectan ciertas señales de posible demencia es necesario tener acceso a un diagnóstico acertado; por ejemplo, es muy importante distinguir bien entre el inicio de un proceso demencial y un cuadro depresivo (que incluye generalmente síntomas parecidos a los de la demencia).

Algunas de las condiciones que causan demencia son reversibles si se detectan y tratan oportunamente (o sea, si se accede a una adecuada prevención secundaria); es el caso de ciertas infecciones, el alcoholismo, y las reacciones a determinados medicamentos. Desgraciadamente, sin embargo, por ahora la gran mayoría de las demencias son progresivas e irreversibles. El desarrollo progresivo de la demencia varía para cada persona, dependiendo de un número de factores tales como la región del cerebro que está afectada y el tipo de enfermedad que ha producido tal demencia. En los casos degenerativos, es decir aquellos donde la condición continúa empeorando, las fases finales del proceso de la enfermedad tienden a mostrar características muy similares: los pacientes pierden autonomía y se vuelven cada vez más dependientes de ayuda para la mayoría de las actividades de su diario vivir.

La situación de dependencia creciente de quienes padecen demencia normalmente genera problemas adicionales que es necesario considerar. Por lo general, tales personas no están dispuestas inicialmente a abandonar su independencia. Se comprende que ellas tiendan a resistir los intentos de sus familiares u otras personas para modificar sus condiciones de vida (por ejemplo, ya no poder vivir solas, o manejar sus finanzas, hacer trámites legales, conducir un automóvil, etc.). Y se comprende también que los familiares y otras personas encargadas de cuidar a quienes padecen demencia necesitan atender a sus propias necesidades psico-espirituales.¹⁷

¹⁷ Quienes rodean a la persona con demencia, especialmente en la familia y también en alguna medida en la comunidad de fe, suelen mostrar sentimientos de pena y dolor ante las pérdidas que se evidencian. También revelan a menudo una mezcla de frustración e ira junto con sentimiento de culpa. Otros indicadores del serio desafío que se confronta es el cansancio y la fatiga física y emocional ante las demandas que presenta la condición de demencia; esto suele incluir el cuidadoso discernimiento y la toma de decisiones en las áreas de cuidado médico, vivienda, finanzas, aspectos legales, etc. Puede ocurrir también que se generen conflictos entre lo que necesita la persona con demencia y las expectativas y

Por lo tanto el acompañamiento que se ofrezca desde la fe cristiana deberá ser comprensivamente sistémico, tanto para comprender el cuadro familiar como tal como para brindar el apoyo posible y necesario.

Anorexia y Bulimia

Los trastornos relacionados con la alimentación son serios problemas para la salud integral y siempre deben tratarse profesionalmente. Los dos tipos principales entre tales desórdenes son la anorexia y la bulimia, enfermedades que se caracterizan respectivamente por pérdida severa de peso y fluctuaciones drásticas en el peso corporal, como veremos un poco más adelante. Las primeras señales de un desorden de ese tipo son ciertas actitudes y conductas problemáticas frente a la comida. Pero debe tenerse en cuenta que la raíz del trastorno es mucho más profunda de lo que aparece a simple vista. Se trata de maneras disfuncionales o francamente patológicas de responder a fuertes presiones internas tales como las relacionadas con baja auto-estima, sentimientos de ansiedad abrumadora, perfeccionismo, problemas interpersonales, relaciones complejas que incluyen ciertas formas de abuso, o una combinación de ellas. Por lo general se acompañan de depresión, dificultades relacionadas con el dormir, o abuso de drogas o medicamentos.

No es fácil, en principio, para la persona darse cuenta y reconocer que tiene un trastorno relacionado con la comida, especialmente en la medida que ha logrado esconder o disimular sus emociones y su comportamiento. De hecho, ella puede estar convencida de que lo que hace o deja de hacer respecto a la alimentación es perfectamente normal y aun deseable, lo cual obviamente complica el cuadro y lo torna más difícil de tratar. Lo que parece comenzar con actos de libertad sobre cuánto y cómo alimentarse, en estos casos pronto se torna en la condición inversa: la persona se vuelve incapaz de controlar su propia actitud y su conducta respecto a la comida y la alimentación.

Algunos datos estadísticos nos ayudan a apreciar la magnitud del problema, comenzando con la observación que los trastornos relacionados con la alimentación tienen el más alto grado de mortalidad entre los trastornos mentales; entre el 10% y el 20 % de las personas afectadas eventualmente mueren a causa de las complicaciones que tales desórdenes

necesidades de otros miembros de la familia. Por todo esto y más, es indispensable fomentar el cuidado integral—espíritu, alma, y cuerpo—propio y mutuo de quienes ejercen el cuidado.

conllevan. Se estima que en los contextos más socio-económicamente “desarrollados”, incluyendo nuestras metrópolis latinoamericanas y caribeñas, cerca del 10% de las mujeres padecen algún grado de trastorno relacionado a la alimentación. Aunque la enfermedad generalmente se manifiesta entre los 14 y 25 años de edad, esos trastornos pueden aparecer en otras fases del ciclo vital, y actualmente han comenzado a afectar a niñas y niños aun menores. Además, los efectos combinados del consumismo y el sexismo parecen ilustrados en estudios que sugieren que las jovencitas suelen tener más temor a “engordar” que al cáncer, una guerra nuclear, o la pérdida de sus padres. Veamos por lo tanto brevemente las dos formas principales de trastornos relacionados con la alimentación.

Anorexia nervosa. Se caracteriza por la pérdida severa de peso debido a un exceso en la dieta y/o en el ejercicio físico. Los síntomas principales de este desorden son los siguientes:

- Calcular obsesivamente las calorías y las cantidades en el insumo de alimentos
- Privarse de comer normalmente, de suerte que el cuerpo adelgaza peligrosamente
- Hacer ejercicios excesiva y compulsivamente
- Preocuparse desmedidamente por la imagen corporal y tener un miedo constante a “engordar”
- Usar el tipo de ropa que disimule u oculte al cuerpo
- Esconder comida, o mentir acerca de la comida

Los síntomas físicos por lo general comienzan con el color anormalmente pálido de la piel. Después continúan con sentir frío y cansancio continuamente, pérdida de cabello, pérdida de la menstruación en las mujeres, fatiga, y eventualmente los efectos de la desnutrición (o sea, inanición y caquexia), incluyendo fallas cardíacas o la muerte por desnutrición.

Bulimia nervosa. Se caracteriza por fluctuaciones en el peso corporal debido al insumo excesivo de alimentos seguidos de “purgas”, o sea la eliminación voluntaria de comida. Los síntomas que comúnmente se observan en este trastorno son:

- Ingerir demasiado grandes cantidades de comida
- Desestimar las señales normales de hambre y comer en demasía,

al punto de hartarse y “descomponerse”

- Provocarse el vómito
- Consumir píldoras dietéticas, laxantes, o diuréticos para controlar el peso
- Preocuparse desmedidamente por la imagen corporal, y sentirse siempre “gorda/o”
- Esconder comida, o mentir acerca de la comida

Los síntomas físicos incluyen problemas dentales debido al ácido estomacal, pérdida de la menstruación en las mujeres, daños en el estómago y los riñones debido a los vómitos, daños en los intestinos por el uso de laxantes, lesiones en el esófago, y desequilibrio metabólico.

Ejercicio 2

La comunidad de fe puede servir como ecología de cuidado y salud identificando recursos disponibles en su contexto geográfico y social. Haga una lista, lo más completa posible, de los recursos que existen en su medio para atender a quienes padecen adicciones y trastornos mentales. Esa lista puede incluir hospitales, clínicas de cuidado de la salud y de recuperación, programas especializados, ya sean gubernamentales o privados, profesionales competentes, etc. ¿Qué procedimientos hay para referir oportunamente a las personas que requieren asistencia? ¿Qué requisitos hay (financieros, legales, u otros) para poder acceder a tales recursos?

Conexión

No hay duda de que las situaciones consideradas en la sección anterior requieren atención oportuna especializada. En la gran mayoría de los casos, tal atención deberá ser provista por quienes se hayan capacitado profesionalmente en psicología clínica o en psiquiatría. Hay sin embargo mucho para contribuir desde el campo de la psicología pastoral y la consejería cristiana en particular. Esa contribución corresponde a las tres fases de prevención a que ya hemos hecho referencia en este libro: (a) prevención *primaria*, promoviendo orientación y guías prácticas para la salud integral; (b) prevención *secundaria*, con acompañamiento complementario de la asistencia especializada disponible, tanto para los “pacientes” como para

sus familias; y (c) prevención *terciaria*, con acompañamiento en la fase de recuperación y re-orientación, también para las personas afectadas y sus familias. En todas estas situaciones, la psicología pastoral y la consejería cristiana ofrecen algo especial, que es su acercamiento integral a la persona humana en contexto, y su enfoque psico-espiritual. Además ellas pueden facilitar la contribución de la comunidad de fe como posible lugar terapéutico por excelencia. Con esas aclaraciones en mente, pasamos ahora a identificar brevemente ciertas pistas de acompañamiento de cara a las adicciones y trastornos mentales que hemos considerado.

Adicciones

Todas las adicciones son condiciones de dependencia progresivamente alienantes. Es decir, generan una especie de atadura o esclavitud, como si la persona fuera poseída por una fuerza mayor. En el caso del alcoholismo y la drogadicción, esa dependencia tiene un factor bio-físico-químico particular que compromete seriamente la salud Integral. De ahí que la atención a la dimensión espiritual de esas adicciones deba ser una prioridad, tal como lo descubrieron, por ejemplo, los fundadores del movimiento Alcohólicos Anónimos.¹⁸ De hecho, el programa de los “12 pasos”, los que presentamos abajo, se puede implementar de maneras específicas y contextualmente pertinentes en otras situaciones de adicción. Los “12 pasos” también se pueden adaptar como criterios de progreso en procesos de asesoramiento y terapia psico-espiritual.

- 1) Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
- 2) Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio.
- 3) Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como lo concebimos.

¹⁸ Alcohólicos Anónimos (AA) es uno de los programas más populares y más exitosos en el proceso de recuperación de personas adictas. Comenzó en 1935 con una clara inspiración cristiana que enfatiza la entrega de la voluntad a Dios, la búsqueda comprometida de transformación de la vida y las relaciones, y el servicio y testimonio solidario. Hoy día es una asociación a nivel mundial, con más de 100.000 grupos en unos 150 países. Muchas iglesias y otras comunidades de fe abren sus puertas semanalmente y ceden espacio para las reuniones de quienes buscan alcanzar y mantener sobriedad y un mejor nivel de salud física, mental-emocional, y espiritual. El programa de AA y sus “12 pasos” se ha ido aplicando a otras adicciones también, incluyendo a las consideradas en este capítulo.

- 4) Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos.
- 5) Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
- 6) Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
- 7) Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.
- 8) Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendarlo.
- 9) Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellas o a otras.
- 10) Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos rápidamente.
- 11) Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.
- 12) Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.

La conocida “Oración de la serenidad” también es adaptable a un sinnúmero de situaciones de adicción y otras:

*Señor, concédeme serenidad
para aceptar las cosas que no puedo cambiar,
valor para cambiar aquellas que sí puedo cambiar,
y sabiduría para reconocer la diferencia.*

Seguidamente, algunas sugerencias sobre cómo podemos acompañar, asesorar, y aconsejar a la persona adicta y a su familia:

- Reconocemos con respeto y compasión la realidad de opresión alienante a que está siendo sometida la persona, en una especie de versión exagerada de la confesión de Pablo: “...no hago el bien que quiero, sino que obro el mal que no quiero... Y si hago lo que no quiero, no soy yo quien lo hace sino el pecado que habita en

mí...¡pobre de mí! ¿quién me libraré...?” (Romanos 7:19-20). Aunque consideramos que se trata de una enfermedad, la adicción es ciertamente una manifestación del mal en la que hay una dimensión de responsabilidad moral, por lo menos en cuanto a la búsqueda de liberación y sanidad.

- En un ambiente de confianza, con empatía y simpatía animamos a la persona a enfrentar la realidad de su condición y a buscar la verdad (contra la negación, el escape, el ocultamiento con los que ha tendido a sobrellevar su adicción).
- Las adicciones generan sentimientos de aislamiento y soledad, y de culpa. Por lo tanto, le ofrecemos una compañía solidaria y asesoramiento.
- Le animamos a “abrirse” reconociendo ante otras personas su necesidad de ayuda; tales personas pueden ser un familiar cercano, amigo o amiga, mentor espiritual, profesional de la salud.
- Le orientamos acerca de los tipos de asistencia especializada disponibles, especialmente profesionales capacitados, certificados, y legalmente habilitados para ofrecer tratamiento(s) pertinente(s) en caso de adicciones.
- En la medida de lo necesario, le acompañamos en el proceso de decisión sobre el camino terapéutico a seguir.¹⁹
- En la medida de lo posible (por ejemplo incluyendo los deseos de la persona, la opinión profesional de quienes brinden el tratamiento acordado, las necesidades de la familia) nos mantenemos disponibles para acompañar a la persona psico-espiritualmente. Es decir, lo hacemos como aliados de los esfuerzos a favor de la salud integral. (La consejería y psicoterapia desde la fe cristiana, en muchos casos puede ofrecer ayuda terapéutica eficaz, sobre todo en situaciones de adicciones electrónicas, pornografía, y juegos de azar).
- El acompañamiento psico-espiritual que brindemos puede incluir prácticas de varias formas de meditación y oración; guía de la imaginación y el pensamiento enfocado en contenido positivo (amor, paz, comunión, libertad, belleza, gracia, etc.); monitoreo

¹⁹ Los casos de adicción más graves pueden requerir tratamiento intensivo de varias semanas de duración.

de mayordomía integral de la salud (dieta saludable, ejercicio y reposo, disciplinas espirituales, etc.).

- En la medida de lo posible, procuramos incluir a la familia en el proceso de orientación y en el acompañamiento que sea deseable durante el tratamiento y/o en el proceso de recuperación. Esto puede incluir, por ejemplo, asesoramiento en cuanto a finanzas y administración, generalmente negativamente afectadas por causa de las adicciones.
- En la medida de lo posible, procuramos cuidadosamente contar con el apoyo solidario de la comunidad de fe (por ejemplo, pequeño grupo de oración, apoyo, y supervisión) en términos de prevención secundaria y terciaria. Tenemos presente que se ha comprobado reiteradamente que la participación regular en una comunidad de fe psico-espiritualmente saludable es un factor clave a favor de los tres tipos de prevención.

Trastornos mentales

Hemos constatado que los trastornos o desórdenes mentales son alteraciones complejas que generalmente tienen raíces biológicas. De todas formas nos conviene tener presente una definición sencilla: son condiciones de salud que se caracterizan por alteraciones de pensamiento, afectos, o comportamiento (o cierta combinación de esas tres categorías de conducta) acompañadas de aflicción y/o alguna forma de disfunción o discapacitación. El acompañamiento que podemos ofrecer a quienes presentan indicadores de tales trastornos o desórdenes incluye las pistas siguientes:

- Brindamos asesoramiento y orientación sobre la naturaleza de la disfunción psicológica. Respondemos a las preguntas que plantea la persona afectada u otros interesados en su salud con información adecuada y en forma óptima en la medida de nuestra competencia. Somos prudentes tanto en lo que respecta a la calidad de la información como a la cantidad de la misma y la forma como la comunicamos, de suerte que sea realmente de ayuda.
- Alentamos a la persona a compartir su preocupación en torno a su condición con personas que estén bien dispuestas a apoyarle emocional y espiritualmente (ciertos familiares, amistades, pastora/es, etc.). La idea es evitar sufrimiento en soledad.

- Le orientamos en la búsqueda de atención profesional adecuada y accesible. Un primer paso puede ser la consulta con un médico o médica de confianza, aunque no sea especialista en psiquiatría, porque puede brindar ayuda terapéutica inicial, según el caso, y luego referir a otro profesional competente. Es probable que el tratamiento indicado incluya medicamentos para regular los procesos bioquímicos correspondientes a ciertos desórdenes mentales en particular.
- En la medida de lo posible (por ejemplo incluyendo los deseos de la persona, la opinión profesional de quienes brinden el tratamiento acordado, y las necesidades de la familia) nos mantenemos disponibles para acompañar a la persona psico-espiritualmente. Es decir, lo hacemos como aliados de los esfuerzos a favor de la salud integral. La consejería y psicoterapia cristiana en muchos casos puede ofrecer ayuda terapéutica eficaz complementaria, comenzando con reforzar la necesidad de seguir las recomendaciones y el tratamiento médico correspondiente.
- El acompañamiento psico-espiritual que brindemos puede incluir prácticas de varias formas de meditación y oración; guía de la imaginación y el pensamiento enfocado en contenido positivo (amor, paz, comunión, libertad, belleza, gracia, etc.); monitoreo de mayordomía integral de la salud (dieta saludable, ejercicio y reposo, disciplinas espirituales, etc.).
- En la medida de lo posible, procuramos incluir a la familia en el proceso de orientación y en el acompañamiento que sea deseable durante el tratamiento y/o en el proceso de recuperación. El asesoramiento oportuno puede relacionarse también con asuntos de finanzas y presupuesto, generalmente negativamente afectados por causa de los desórdenes mentales y su tratamiento.
- En la medida de lo posible, procuramos cuidadosamente contar con el apoyo solidario de la comunidad de fe, por ejemplo, con participación en pequeño grupo de oración y apoyo. Tenemos presente que se ha comprobado reiteradamente que la participación regular en una comunidad de fe psico-espiritualmente saludable es un factor clave a favor de los tres tipos de prevención de desórdenes mentales.

Aplicación

Ejercicio 3

Considere una vez más el cuadro de la iglesia como como ecología de salud, cuidado, y plenitud humana.

- (a) ¿Cómo se puede, desde la comunidad de fe, ayudar a prevenir las adicciones consideradas en este capítulo (prevención primaria)?
¿Cómo se puede acompañar a las personas adictas mientras reciben atención especializada (prevención secundaria)?
¿Cómo se puede acompañarlas en el proceso de recuperación (prevención terciaria)?
- (b) ¿De qué maneras se puede abogar a favor de las personas que sufren enfermedades mentales (es decir, ser su “voz” frente a posibles prejuicios y estigmas, o negligencia frente a su necesidad de recibir ayuda)? ¿Cómo se les puede acompañar mientras reciben asistencia adecuada?

Ejercicio 4

Imagine una situación en que un hombre joven le confiesa su adicción a la pornografía y le dice que está dispuesto a recibir ayuda.

- (a) ¿Cómo se prepararía usted para ayudar a ese joven? ¿Qué metas tendría en cuenta como para acompañarle en forma competente (capítulo 4)? ¿Cómo y cuándo decidiría si es necesario que el joven reciba asistencia especializada?
- (b) Practique el arte de aconsejar o asesorar dramatizando la situación junto a alguien que esté dispuesto a jugar el papel del joven adicto que necesita ayuda.

Tal como en los capítulos anteriores, hemos mantenido en mente los objetivos que nos propusimos alcanzar en torno al tema del acompañamiento frente a situaciones de adicción y trastorno mental. En este caso pusimos un énfasis mayor en la necesidad de tener un mínimo de información adecuada sobre la naturaleza de tales problemas, los cuales están claramente presentes en nuestros contextos socio-culturales. Además, procuramos profundizar la comprensión de los mismos a partir de una visión del ser humano integral según las bases bíblico-teológicas

que fundamentan nuestra labor. Por último, identificamos una cantidad considerable de pistas, en el sentido de guías prácticas de acompañamiento, necesarias para el cuidado y la consejería cristiana y pastoral.

Lecturas Recomendadas

Howard Clinebell. “La facilitación de la plenitud espiritual: la esencia del cuidado y asesoramiento pastoral”. En *Asesoramiento y cuidado pastoral*. Grand Rapids: Libros Desafío, 1999, págs. 105-136.

Edwin Mora Guevara. “Espiritualidad desde la gracia en un programa de tratamiento de droga-dependencias”. En Hugo N. Santos, ed. *Dimensiones del cuidado y asesoramiento pastoral: Aportes desde América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: Kairós, 2006, págs. 179-204.

René Krüger. *Volver del abismo: Un modelo pastoral de abordaje del alcoholismo*. Buenos Aires: Kairós, 2003.

Jorge A. León. *Psicología pastoral de la depresión*. Buenos Aires: Kairós, 2002.

Pablo Polischuk. “La psicopatología y el pecado; El problema del sufrimiento humano; Los trastornos emocionales y espirituales; La redención y el objetivo del consejo”; y “El ser integral”. En *El consejo integral: Su ontología, teología, psicología, y praxis*. Edición del autor, 2012, págs. 139-210.

Pablo Polischuk. “Tratando personas con ansiedad; El tratamiento de personas con depresión; El consejo en situaciones crónicas”. En *El consejo integral: Su ontología, teología, psicología y praxis*. Edición del autor, 2012, págs. 375-433, 561-570.