CAPÍTULO IX

Dra. C. Julia Lizeth Villarreal Mata

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-8829-0537; lizethvillarrealmata@gmail.com

Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-8937-7909; gerardo.munozm@uanl.mx

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-7197-8116; maria.alonsocs@uanl.edu.mx

Citar como: Villarreal Mata, J. L., Muñoz Maldonado, G. E., & Alonso Castillo, M. M. (Eds.). (2026). Las Otras Caras del Craving: Derrotas Invisibles. In (Ed.), *Craving en la adicción al alcohol y drogas: fundamentos neurobiológicos, estrategias terapéuticas y perspectivas de innovación* (pp. 249–273). Editorial PLAGCIS. https://doi.org/10.69821/PLAGCIS.54.c93

Recibido: 20 Enero 2026 | Aceptado: 10 Abril 2026 | Publicado: 05 Mayo 2026

Las Otras Caras del *Craving*: Derrotas Invisibles

A lo largo de este libro hemos examinado el *craving* desde múltiples perspectivas: su neurobiología, sus manifestaciones clínicas, las estrategias para su control, y las innovaciones terapéuticas que prometen nuevas posibilidades de recuperación. Sin embargo, existe una realidad que frecuentemente permanece en los márgenes de los textos académicos y de las narrativas optimistas de la ciencia del tratamiento: la realidad de aquellos para quienes el *craving* ha vencido, de manera aparentemente definitiva, conduciendo a la adicción crónica severa, la marginación social, la indigencia, y en muchos casos, la muerte prematura. Este capítulo se adentra en ese territorio sombrío, no por morbosidad ni por pesimismo, sino por un imperativo ético de visibilidad: estas vidas, estas muertes, estos sufrimientos merecen ser nombrados, comprendidos y honrados.

El reconocimiento de que no todos los individuos con trastornos por uso de sustancias (TUS) logran la recuperación (ni siquiera con acceso a tratamiento) es incómodo para un campo que se ha construido sobre la esperanza terapéutica. Sin embargo, los datos epidemiológicos son sobrios: una proporción significativa de personas con TUS severos experimenta trayectorias crónicas y deterioradas, con múltiples intentos de tratamiento fallidos, acumulación progresiva de daños físicos, mentales y sociales, y mortalidad prematura. Para comprender verdaderamente el *craving* y sus consecuencias, debemos confrontar no solo los casos de éxito sino también los de derrota, buscando en ellos lecciones que puedan informar tanto la práctica clínica como las políticas de salud pública.

Este capítulo examina las dimensiones más oscuras del *craving* y la adicción: el proceso mediante el cual el uso de sustancias conduce al abandono social, la neurobiología del deterioro crónico, las historias de pérdida y dolor que caracterizan las trayectorias más severas, el impacto

devastador sobre las familias, y los desafíos éticos y de salud pública que estas realidades plantean. No se ofrece aquí un manual de soluciones fáciles, porque no las hay. Lo que se ofrece es un intento de comprensión compasiva y un llamado a la responsabilidad colectiva ante el sufrimiento que nuestra sociedad frecuentemente prefiere no ver.

9.1. Cuando el *Craving* Vence: El Paso del Uso al Abandono Social

9.1.1 Trayectorias hacia la Marginalidad

9.1.1.1 El Continuum de la Adicción

Los trastornos por uso de sustancias se distribuyen a lo largo de un continuum de severidad, desde formas leves que pueden resolverse espontáneamente o con intervención mínima, hasta formas severas y crónicas que resisten los tratamientos disponibles y conducen a deterioro progresivo. El DSM-5 reconoce este continuum mediante la clasificación de severidad (leve, moderado, severo) basada en el número de criterios diagnósticos cumplidos. Sin embargo, esta clasificación estática no captura la naturaleza dinámica de las trayectorias de adicción: algunos individuos oscilan entre períodos de uso problemático y períodos de remisión, otros muestran deterioro progresivo, y otros mantienen patrones relativamente estables durante décadas (Hser et al., 2015).

Los estudios longitudinales de seguimiento a largo plazo han documentado la heterogeneidad de las trayectorias. El estudio de 33 años de seguimiento de Hser et al. (2001) con usuarios de heroína encontró que, al final del período de seguimiento, aproximadamente el 14% había logrado abstinencia sostenida, el 21% continuaba usando heroína, el 8% estaba encarcelado, y un asombroso 49% había muerto. Estos datos subrayan tanto la posibilidad de recuperación como la realidad de que para muchos, la adicción es una condición con desenlaces fatales. Los factores que predicen las diferentes trayectorias incluyen la edad de inicio, la severidad inicial, las

comorbilidades, el capital social, y crucialmente, el acceso y la respuesta al tratamiento.

9.1.1.2 La Cascada hacia la Marginación

El proceso mediante el cual la adicción conduce a la marginación social rara vez es súbito; típicamente sigue una cascada progresiva de pérdidas que se acumulan y se potencian mutuamente. La pérdida del empleo por ausentismo, bajo rendimiento, o despido relacionado con el consumo, elimina no solo la fuente de ingresos sino también la estructura, la identidad social, y los vínculos que el trabajo proporciona. La pérdida de relaciones familiares, por conflictos repetidos, violencia, robos, o simplemente el agotamiento de los seres queridos, elimina la red de apoyo primaria y frecuentemente el lugar de residencia. La pérdida de la vivienda puede seguir directamente de las anteriores, o resultar de la incapacidad de pagar el alquiler cuando los recursos se destinan a la sustancia.

Cada pérdida incrementa la vulnerabilidad a pérdidas adicionales y dificulta la recuperación. Sin empleo, es más difícil acceder a vivienda; sin vivienda, es más difícil mantener empleo; sin apoyo familiar, ambas cosas se complican aún más. El uso de sustancias, que inicialmente puede haber sido una forma de manejar el estrés o la disforia, se intensifica como respuesta a las pérdidas acumuladas, creando un círculo vicioso de deterioro acelerado. Los problemas legales (arrestos por posesión, robos para financiar el consumo, conductas violentas bajo intoxicación) añaden otra capa de complicación, generando antecedentes que dificultan el empleo y la vivienda futuros, y periodos de encarcelamiento que interrumpen cualquier estabilidad lograda.

La pérdida de la documentación de identidad (identificación oficial, actas de nacimiento, credenciales profesionales) es un fenómeno frecuentemente pasado por alto pero devastador. Sin documentación, el acceso a servicios de salud, programas sociales, empleo formal, y vivienda se vuelve

extraordinariamente difícil. Muchas personas en situación de calle con adicción han perdido su documentación y enfrentan obstáculos kafkianos para recuperarla, obstáculos que requieren recursos (tiempo, dinero, capacidad de navegar burocracias) que precisamente su situación les niega.

9.1.1.3 La Vida en la Calle

La falta de vivienda (*homelessness*) representa el extremo de la marginalidad social, y la intersección con los TUS es profunda: aproximadamente el 30-40% de las personas sin hogar tienen TUS, y los TUS son tanto causa como consecuencia de la falta de vivienda (Fazel et al., 2008). La vida en la calle impone condiciones que intensifican y perpetúan el uso de sustancias: exposición a ambientes donde el uso es ubicuo y normalizado, estrés crónico extremo (frío, hambre, violencia, humillación), ausencia de estructuras que proporcionen alternativas al consumo, y la función de las sustancias como mecanismo de afrontamiento ante condiciones intolerables.

Las personas sin hogar con adicción enfrentan un triple estigma: el estigma de la falta de vivienda, el estigma de la adicción, y frecuentemente el estigma de la enfermedad mental comórbida. Este estigma se manifiesta en la evitación y el desprecio de los transeúntes, en la brutalidad de las fuerzas de seguridad, en las políticas de "tolerancia cero" que criminalizan la supervivencia en la calle, y en los propios servicios de salud que pueden rechazar o maltratar a esta población. La internalización del estigma, vergüenza, autodesprecio, la sensación de no merecer ayuda, constituye una barrera adicional para buscar y aceptar tratamiento.

La supervivencia en la calle requiere habilidades y adaptaciones que pueden parecer incomprensibles para quienes nunca han experimentado esa realidad. El conocimiento de dónde encontrar comida, refugio, y sustancias; las alianzas con otros en situación similar; las estrategias para obtener dinero (mendicidad, "*squeegee* o limpiaparabrisas", servicios sexuales, pequeños delitos); y la navegación de los sistemas de servicios sociales y de

justicia penal constituyen un repertorio de supervivencia que, irónicamente, puede dificultar la transición de regreso a la "normalidad" si la oportunidad se presenta.

9.1.2 Neurobiología del Deterioro Crónico

9.1.2.1 Daño Cerebral Acumulativo

El uso crónico y severo de sustancias produce daño cerebral acumulativo que va más allá de los cambios funcionales reversibles descritos en capítulos anteriores. Este daño estructural incluye: pérdida de volumen de materia gris en la corteza prefrontal, que media las funciones ejecutivas necesarias para la toma de decisiones, la planificación y el control de impulsos; atrofia del hipocampo, que media la memoria y el aprendizaje; y daño a la sustancia blanca que conecta diferentes regiones cerebrales, comprometiendo la integridad de las redes neuronales (Pfefferbaum et al., 2014).

Los mecanismos de este daño incluyen: neurotoxicidad directa de algunas sustancias (particularmente metanfetamina y alcohol en dosis altas); estrés oxidativo y neuroinflamación crónica; episodios repetidos de hipoxia durante sobredosis; deficiencias nutricionales severas (particularmente tiamina en alcoholismo, causando síndrome de Wernicke-Korsakoff); y complicaciones médicas que afectan secundariamente al cerebro (hepatitis, VIH, traumatismos craneales repetidos). El resultado es un deterioro cognitivo que puede alcanzar el nivel de demencia, comprometiendo la capacidad del individuo para beneficiarse del tratamiento convencional, tomar decisiones informadas, y funcionar de manera independiente.

El concepto de "daño adquirido al cerebro relacionado con el alcohol" (ARBD, *Alcohol-Related Brain Damage*) reconoce el espectro de deterioro cognitivo causado por el alcoholismo crónico, desde déficits sutiles hasta demencia severa. Estudios de neuroimagen han documentado que el volumen cerebral de alcohólicos crónicos puede estar reducido en un 10-20% comparado con

controles de edad similar, con afectación particularmente severa de los lóbulos frontales. Aunque cierta recuperación es posible con abstinencia sostenida, especialmente en las etapas más tempranas, el daño severo puede ser irreversible.

9.1.2.2 Alostasis y el "Lado Oscuro" de la Adicción

El modelo de alostasis de la adicción, desarrollado por George Koob, proporciona un marco para comprender el deterioro progresivo del sistema cerebral de recompensa en la adicción crónica. La alostasis refiere al proceso mediante el cual el cerebro intenta mantener la estabilidad (homeostasis) mediante cambios adaptativos, pero estos cambios tienen un "costo" acumulativo que eventualmente resulta en un nuevo punto de equilibrio disfuncional. En la adicción, el uso repetido de sustancias produce neuroadaptaciones que reducen la función del sistema de recompensa y potencian los sistemas de estrés, resultando en un estado basal de disforia, anhedonia e hiperreactividad al estrés (Koob & Le Moal, 2008).

Este "lado oscuro" de la adicción se manifiesta clínicamente como: incapacidad de experimentar placer con estímulos naturales que antes eran reforzantes (anhedonia), necesidad de consumir la sustancia no para sentirse "bien" sino simplemente para sentirse "normal" (reforzamiento negativo), intensificación del *craving* y el malestar durante la abstinencia, y vulnerabilidad persistente a la recaída incluso después de períodos prolongados de abstinencia. Los cambios neuroquímicos subyacentes incluyen: reducción de la señalización dopaminérgica en el núcleo accumbens, sensibilización del sistema de estrés extrahipotalámico (factor liberador de corticotropina, norepinefrina), y alteraciones en los sistemas opioide endógeno, GABAérgico y glutamatérgico.

En la adicción crónica severa, la carga alostática acumulada puede alcanzar un punto donde la capacidad de experimentar estados emocionales positivos está profundamente comprometida. Estos individuos viven en un estado de

disforia crónica que solo es temporalmente aliviado por la sustancia, pero que se intensifica con cada ciclo de intoxicación-abstinencia. El *craving*, en este contexto, no es simplemente el deseo de experimentar placer sino la necesidad desesperada de escapar del estado aversivo que se ha convertido en la experiencia basal. Esta fenomenología tiene implicaciones profundas para el tratamiento y para nuestra comprensión moral de la adicción.

9.1.2.3 Comorbilidad Médica y Psiquiátrica

La adicción crónica severa se asocia con una carga extraordinaria de comorbilidad médica. Las enfermedades infecciosas son particularmente prevalentes: hepatitis C (en usuarios de drogas inyectables, prevalencia de 50-90%), VIH, tuberculosis, e infecciones cutáneas y de tejidos blandos. Las enfermedades cardiovasculares incluyen miocardiopatía alcohólica, endocarditis infecciosa, y enfermedad coronaria acelerada por el tabaquismo concurrente. Las enfermedades hepáticas (hepatitis, cirrosis, carcinoma hepatocelular) son devastadoramente comunes en el alcoholismo crónico. Las enfermedades pulmonares incluyen enfisema, EPOC, y susceptibilidad a infecciones respiratorias. Y los cánceres relacionados con el consumo (orofaríngeo, esofágico, hepático, pulmonar) añaden otra capa de morbilidad (Degenhardt & Hall, 2012).

La comorbilidad psiquiátrica es igualmente severa. Los trastornos depresivos mayores, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de personalidad (particularmente antisocial y límite), y los trastornos psicóticos son altamente prevalentes. En muchos casos, la distinción entre trastorno "primario" y trastorno "inducido por sustancias" se vuelve borrosa después de décadas de uso, y la cuestión puede ser académicamente interesante pero clínicamente irrelevante: el individuo presenta síntomas severos que requieren tratamiento independientemente de su etiología. La comorbilidad psiquiátrica no tratada

contribuye al mantenimiento del uso de sustancias y es un predictor robusto de peores resultados de tratamiento.

El deterioro fisico visible en la adicción crónica severa , apariencia demacrada, pérdida de dientes, úlceras cutáneas y el envejecimiento prematuro, es tanto consecuencia del uso de sustancias como del contexto de privación en el que frecuentemente ocurre. La malnutrición, la exposición a los elementos, la falta de atención médica preventiva, y los efectos directos de las sustancias se combinan para producir un deterioro corporal que puede hacer que una persona de 40 años parezca de 60 o más. Este deterioro visible contribuye al estigma y puede dificultar la reintegración social incluso si se logra la abstinencia.

9.1.3 Historias de Pérdida y Dolor

9.1.3.1 Narrativas de Descenso

Detrás de las estadísticas y los mecanismos neurobiológicos hay historias humanas de pérdida y dolor que merecen ser escuchadas. La trayectoria típica hacia la adicción crónica severa frecuentemente comienza con adversidad temprana: trauma infantil, negligencia, abuso, pobreza, exposición a violencia, o enfermedad mental no tratada de los padres. El uso de sustancias emerge inicialmente como una forma de afrontamiento (una solución a problemas que el niño o adolescente no tiene otros recursos para manejar) y gradualmente se convierte en el problema central que organiza y destruye la vida.

Las narrativas recogidas en investigación cualitativa y en la práctica clínica revelan temas recurrentes: la sensación de no haber tenido nunca una oportunidad justa, de haber partido con desventajas insuperables; la acumulación de pérdidas (trabajos, relaciones, hijos, salud, libertad) cada una experimentada como una herida que nunca termina de sanar; la vergüenza profunda que paradójicamente impide buscar ayuda; los

momentos de esperanza (un tratamiento, una relación, una oportunidad) seguidos de recaídas devastadoras; y eventualmente, para muchos, una resignación a una vida que ya no se espera que mejore, simplemente que continúe un día más.

Es importante resistir tanto la romantización como la demonización de las vidas de estas personas. No son héroes trágicos ni villanos merecedores de su destino. Son seres humanos que, por una combinación de vulnerabilidad biológica, estímulos focales, contextuales, circunstancias adversas, y los efectos adictivos de las sustancias, han quedado atrapados en una condición que destruye desde adentro. Reconocer la humanidad plena de las personas con adicción severa (sus sueños originales, sus amores, sus talentos, sus intentos de resistencia) es un acto de justicia que nuestra sociedad frecuentemente les niega.

9.1.3.2 Muerte y Morir en la Adicción

La mortalidad en la adicción crónica severa es dramáticamente elevada. Los estudios de cohortes han documentado tasas de mortalidad 10-20 veces mayores que la población general de la misma edad, con la diferencia concentrándose en causas prevenibles: sobredosis, suicidio, homicidio, accidentes, y complicaciones médicas del uso. La crisis de sobredosis de opioides que ha devastado particularmente a Estados Unidos y Canadá en la última década ha llevado las muertes por drogas a niveles epidémicos sin precedentes, con más de 100,000 muertes anuales en Estados Unidos en años recientes (CDC, 2023).

La muerte por sobredosis, frecuentemente solitaria, en un baño, la calle o una habitación de hotel, representa el extremo del abandono. Muchas de estas muertes son prevenibles: la naloxona puede revertir una sobredosis de opioides si se administra a tiempo, pero requiere que alguien esté presente, reconozca la sobredosis, y tenga acceso al antídoto. Los sitios de consumo supervisado, donde las personas pueden usar sustancias bajo

observación médica, han demostrado eliminar virtualmente las muertes por sobredosis en sus instalaciones, pero enfrentan oposición política y moral que limita su implementación.

El suicidio es otra causa de muerte frecuente, reflejando la desesperanza, la carga de comorbilidad psiquiátrica, y el acceso a medios letales que caracteriza a esta población. La relación entre adicción y suicidio es compleja y bidireccional: la adicción incrementa el riesgo de suicidio a través de múltiples vías (depresión, impulsividad aumentada bajo intoxicación, pérdida de relaciones protectoras, desesperanza), mientras que la ideación suicida puede incrementar el uso de sustancias como forma de automedicación o de intento pasivo de muerte. El reconocimiento y abordaje del riesgo suicida debe ser una prioridad en el trabajo con personas con adicción severa.

9.2. Impacto Devastador en las Familias: Culpa, Duelo y Trauma

9.2.1 Las Familias como Víctimas Secundarias

9.2.1.1 El Alcance del Daño Familiar

La adicción es frecuentemente descrita como una "enfermedad familiar" no solo porque tiene componentes hereditarios, sino porque su impacto se extiende devastadoramente a todos los miembros del sistema familiar. Se estima que por cada persona con TUS severo, al menos 4-5 familiares cercanos son significativamente afectados (Orford et al., 2013). Esto significa que el número de personas que sufren las consecuencias de la adicción, aunque no consuman sustancias ellas mismas, es vastamente mayor que el número de personas con el trastorno. Este sufrimiento familiar ha sido históricamente invisibilizado, con la atención centrada casi exclusivamente en el "paciente identificado".

El impacto en los familiares abarca múltiples dimensiones: impacto emocional (ansiedad, depresión, trauma, duelo anticipado, vergüenza, ira o coraje, culpa); impacto en la salud física (enfermedades relacionadas con el estrés, somatización, descuido del autocuidado); impacto social (aislamiento, estigma por asociación, ruptura de redes sociales); impacto económico (gastos en tratamientos, robos por parte del familiar adicto, pérdida de ingresos, deudas); e impacto en el funcionamiento cotidiano (hipervigilancia, organización de la vida alrededor del problema, incapacidad de hacer planes).

Los diferentes roles familiares experimentan impactos específicos. Los padres de hijos con adicción frecuentemente experimentan culpa devastadora (¿Qué hicimos mal?), temor constante por la vida de su hijo, y agotamiento por años de intentos de ayuda. Los cónyuges o parejas experimentan la erosión de la intimidad, la pérdida del compañero que conocieron, y frecuentemente violencia doméstica. Los hijos de padres con adicción crecen en ambientes caóticos e impredecibles que pueden comprometer su propio desarrollo. Los hermanos pueden ser desatendidos mientras los recursos familiares se concentran en el miembro con adicción. Cada posición en el sistema familiar conlleva su propia carga de sufrimiento.

9.2.1.2 Trauma Familiar y Transmisión Intergeneracional

La exposición crónica al caos, la violencia, la negligencia y la pérdida que frecuentemente acompañan a la adicción severa en un familiar constituye una forma de traumatización. Los familiares de personas con adicción muestran tasas elevadas de síntomas de estrés postraumático, incluyendo hiperactivación, reexperimentación de eventos traumáticos (encontrar al familiar inconsciente, presenciar violencia, recibir la noticia de una sobredosis), y evitación. El término “trauma secundario” o “trauma vicario” captura la realidad de que uno puede ser traumatizado no solo por lo que le

sucede directamente, sino por lo que le sucede a alguien a quien se ama (Orford et al., 2010).

Los hijos de padres con adicción constituyen una población particularmente vulnerable. El hogar que debería ser fuente de seguridad y predictibilidad se convierte en un ambiente de incertidumbre crónica: no saber en qué estado estará el padre al volver de la escuela, presenciar conflictos violentos, asumir roles parentificados de cuidado de hermanos menores o del padre intoxicado, experimentar negligencia de las propias necesidades. Las consecuencias a largo plazo para estos niños incluyen: mayor riesgo de desarrollar TUS ellos mismos (tanto por vulnerabilidad genética como por exposición ambiental), mayor riesgo de problemas de salud mental, dificultades relacionales, y un ciclo potencial de transmisión intergeneracional del trauma y la adicción.

El concepto de "experiencias adversas en la infancia" (ACEs, *Adverse Childhood Experiences*), desarrollado a partir del estudio epidemiológico de Felitti et al. (1998), ha documentado que la exposición a la adicción parental es una de las ACEs más comunes y más fuertemente asociadas con problemas de salud física y mental en la adultez. Cada ACE adicional incrementa el riesgo de una variedad de resultados adversos, incluyendo el desarrollo de TUS propios. Interrumpir este ciclo intergeneracional requiere intervenciones tanto para el adulto con adicción como para los niños afectados.

9.2.2 Experiencias Emocionales de los Familiares

9.2.2.1 Culpa y Vergüenza

La culpa es una de las experiencias emocionales más penetrantes para los familiares de personas con adicción, particularmente para los padres. La pregunta "¿Qué hice mal?" persigue a padres que revisan obsesivamente la historia buscando el momento donde "fallaron", la decisión que tomaron

mal, la señal que debieron haber visto. La cultura de la culpabilización de los padres en la literatura psicológica tradicional (la "madre esquizofrenógena", la "familia disfuncional") ha alimentado esta culpa, sugiriendo que la adicción del hijo es síntoma de patología parental. Aunque sabemos que la etiología de la adicción es multifactorial e incluye factores genéticos y extrafamiliares, esta culpa persiste.

La vergüenza y sensación de ser fundamentalmente defectuoso, no solo de haber hecho algo malo, es igualmente devastadora. El estigma social asociado con la adicción se extiende a los familiares mediante un proceso de "cortesía estigmatizada": los familiares son vistos como de alguna manera responsables o contaminados por asociación. Esta vergüenza lleva a muchos familiares al aislamiento y el secreto, incapaces de compartir su realidad con amigos, compañeros de trabajo, o incluso otros familiares. El aislamiento, a su vez, elimina fuentes de apoyo que podrían ayudar a sobrellevar la situación.

La vergüenza y la culpa pueden manifestarse en patrones de conducta problemáticos: la negación prolongada del problema, la protección excesiva del familiar ("*enabling*"), o conversamente, la expulsión prematura y el corte total de contacto. Ninguno de estos extremos es adaptativo, pero ambos son comprensibles como intentos de manejar emociones intolerables. El trabajo terapéutico con familiares frecuentemente debe abordar directamente la culpa y la vergüenza, ayudando a desarrollar una comprensión más matizada de la adicción que reconoce la responsabilidad del individuo sin culpabilizar a la familia.

9.2.2.2 Duelo Anticipado y Ambiguo

Los familiares de personas con adicción crónica severa frecuentemente viven en un estado de duelo anticipado: la persona amada aún está viva, pero la pérdida se experimenta como inminente y, en cierto sentido, ya ocurrida. El hijo, la pareja, el hermano que conocieron parece haber desaparecido,

reemplazado por alguien irreconocible que hace cosas que esa persona "nunca habría hecho". Este duelo por una persona viva es extraordinariamente complejo porque carece de la claridad y la finalidad de la muerte: hay siempre la posibilidad de recuperación, pero también la amenaza constante de la pérdida definitiva.

El concepto de "pérdida ambigua" (*ambiguous loss*), desarrollado por Pauline Boss, captura esta experiencia. En la pérdida ambigua, hay incertidumbre sobre si la persona está presente o ausente, viva o muerta (literal o psicológicamente). Esta ambigüedad congela el proceso de duelo: no se puede llorar completamente a alguien que aún está vivo, pero tampoco se puede mantener la relación de la manera que existía antes. Los familiares pueden oscilar entre la esperanza ("esta vez será diferente") y la desesperanza, entre el apego y el desapego, incapaces de alcanzar una resolución (Boss, 2006).

Cuando la muerte finalmente ocurre y en la adicción severa, frecuentemente ocurre; el duelo tiene características particulares. Puede haber alivio mezclado con culpa por el alivio; ira hacia el fallecido por las elecciones que condujeron a su muerte; el estigma que dificulta hablar abiertamente sobre las circunstancias; y la falta de rituales y apoyo social que normalmente acompañan al duelo. El duelo por una muerte relacionada con sustancias es frecuentemente un duelo "*disenfranchised*" (privado de reconocimiento), donde la sociedad no valida plenamente el derecho a llorar y no proporciona el apoyo que ofrecería ante otras muertes.

9.2.2.3 Ira, Resentimiento y Ambivalencia

La ira o coraje hacia el familiar con adicción es una experiencia casi universal entre los familiares, aunque frecuentemente reprimida o negada por la culpa que genera. La ira puede dirigirse hacia las conductas específicas del adicto (mentiras, robos, violencia, negligencia), hacia la persona por su incapacidad aparente de "simplemente parar", o hacia la

situación en general por la injusticia de lo que ha hecho a la familia. Esta ira es comprensible y legítima, pero puede ser difícil de manejar cuando coexiste con el amor hacia la misma persona.

El resentimiento se acumula con el tiempo, especialmente cuando hay intentos repetidos de ayuda que resultan en recaídas, cuando los sacrificios de la familia no parecen ser valorados, o cuando el familiar con adicción continúa causando daño sin aparente remordimiento. El resentimiento puede dañar permanentemente la relación incluso si se logra la recuperación: los familiares pueden encontrar difícil perdonar y confiar, y el ahora recuperado puede encontrar difícil tolerar los recordatorios constantes de su pasado.

La ambivalencia o la coexistencia de sentimientos contradictorios, es quizás la experiencia emocional más característica. Amar y odiar a la misma persona; desear que mejore y sentir que sería un alivio si muriera; querer ayudar y querer abandonar; sentir compasión y sentir desprecio. Esta ambivalencia puede ser difícil de tolerar y puede llevar a oscilaciones conductuales desconcertantes: un día proporcionando apoyo incondicional, al siguiente expulsando al familiar de casa. Normalizar la ambivalencia y ayudar a los familiares a sostener la complejidad de sus sentimientos es una tarea terapéutica importante.

9.2.3 Recursos y Sanación para las Familias

9.2.3.1 Grupos de Apoyo para Familiares

Los grupos de apoyo para familiares de personas con adicción (Al-Anon, Nar-Anon, CODA Codependientes Anónimos), y otros- proporcionan un espacio donde los familiares pueden compartir sus experiencias con otros que realmente comprenden, romper el aislamiento del secreto, y recibir apoyo y orientación. El énfasis de estos grupos en que los familiares se enfoquen en su propia recuperación (no en “arreglar” a la persona con TUS), en la

aceptación de lo que no pueden controlar, y en el autocuidado puede ser profundamente liberador para familiares que han dedicado años a intentos infructuosos de cambiar a su ser querido.

Los "tres C" de Al-Anon (no lo Causé, no puedo Controlarlo, no puedo Curarlo) encapsulan un mensaje que puede aliviar la carga de culpa y responsabilidad excesiva. Esto no significa abandonar al familiar ni dejar de amarlo, sino reconocer los límites de lo que uno puede hacer y reclamar la propia vida. El concepto de "desapego amoroso" (*detachment with love*) propone que es posible soltar el intento de controlar la adicción del otro mientras se mantiene el vínculo afectivo, estableciendo límites que protegen al familiar sin abandonar a la persona.

9.2.3.2 Terapia Familiar y para Familiares

La terapia puede proporcionar apoyo individualizado para familiares que luchan con las secuelas emocionales de la adicción de un ser querido. La terapia individual puede abordar la depresión, la ansiedad, el trauma, y el duelo; ayudar a desarrollar límites saludables y estrategias de afrontamiento; y proporcionar un espacio para procesar emociones complejas como la culpa, la ira y la ambivalencia. La CRAFT (*Community Reinforcement and Family Training*), descrita en capítulos anteriores, entrena a los familiares tanto en estrategias para incrementar la probabilidad de que su ser querido busque tratamiento como en autocuidado.

La terapia familiar, cuando el familiar con adicción está dispuesto a participar, puede abordar los patrones de interacción disfuncionales que se han desarrollado en torno a la adicción, facilitar la comunicación sobre el daño causado y el proceso de reparación, y ayudar a la familia a desarrollar nuevas formas de relacionarse que apoyen la recuperación. Cuando el familiar con adicción no está disponible o dispuesto (por estar activamente

usando, encarcelado, o fallecido), la terapia familiar puede trabajar con los miembros disponibles en procesar el impacto y desarrollar resiliencia.

9.3. Visibilidad Ética y Desafíos en Salud Pública

9.3.1 El Imperativo de la Visibilidad

9.3.1.1 Contra la Invisibilización del Sufrimiento

Las personas con adicción crónica severa, particularmente aquellas en situación de calle o marginación extrema, son frecuentemente invisibilizadas en múltiples sentidos. Físicamente, son relegadas a los márgenes de las ciudades, a zonas donde los ciudadanos "respetables" no van. Socialmente, son despojadas de su humanidad mediante etiquetas deshumanizantes ("adictos", "drogadictos", "indigentes", "vagos") que permiten ignorar su sufrimiento. Políticamente, carecen de voz y de poder para abogar por sus intereses. Y epistemológicamente, son frecuentemente excluidas de la investigación que podría documentar su realidad y generar conocimiento para abordarla.

Esta invisibilización es funcional para una sociedad que prefiere no confrontar las consecuencias extremas de sus fracasos: el fracaso de las políticas de drogas, el fracaso de los sistemas de atención de salud mental, el fracaso de los sistemas de protección social, y en última instancia, el fracaso de una organización social que produce y perpetúa la marginación. Hacer visible este sufrimiento (nombrar a los muertos, contar las historias de los vivos, documentar las condiciones en las que sobreviven) es un acto de resistencia contra esta invisibilización y un primer paso hacia la responsabilidad colectiva.

La visibilidad ética no significa exhibir el sufrimiento de manera voyeurística o sensacionalista, sino reconocer la humanidad plena de las personas que sufren, comprender las condiciones estructurales que producen su

sufrimiento, y movilizar la voluntad política para abordarlo. Requiere también escuchar las voces de las propias personas afectadas (no solo hablar sobre ellas sino con ellas) reconociendo su capacidad de agencia y su conocimiento experiencial sobre sus propias vidas y necesidades.

9.3.1.2 Estigma, Moral y Política

El estigma hacia las personas con adicción es uno de los obstáculos más formidables para abordar efectivamente este problema de salud pública. El estigma opera a múltiples niveles: el nivel individual (actitudes negativas de ciudadanos particulares), el nivel institucional (políticas y prácticas discriminatorias en sistemas de salud, justicia, empleo, vivienda), y el nivel estructural (leyes y marcos regulatorios que criminalizan a los usuarios y obstaculizan intervenciones efectivas). El estigma se alimenta de concepciones morales de la adicción como "debilidad de carácter" o "elección" que merecen condena más que compasión y tratamiento (Volkow, 2020).

La guerra contra las drogas, vigente en muchos países desde hace décadas, ha sido tanto producto como productora de estigma. Al enmarcar el uso de sustancias como problema criminal más que de salud, ha justificado políticas punitivas que han encarcelado a millones de personas (desproporcionadamente personas de color y de bajos ingresos), han creado barreras adicionales para la reintegración de quienes salen de prisión, y han inhibido la implementación de intervenciones de salud pública efectivas como los programas de intercambio de jeringas, los sitios de consumo supervisado, y el acceso a tratamiento con medicación.

La reducción del estigma requiere intervenciones a todos los niveles: educación pública sobre la neurobiología de la adicción, contacto directo con personas en recuperación que desafíen los estereotipos, cambios en el lenguaje ("persona con trastorno por uso de sustancias" en lugar de "drogadicto"), reformas de políticas criminales hacia enfoques de salud

pública, capacitación de profesionales de salud en actitudes no estigmatizantes, y el liderazgo de personas con experiencia vivida en la definición de políticas y servicios.

9.3.2 Desafíos de Salud Pública

9.3.2.1 La Crisis de Sobredosis

La crisis de sobredosis de opioides representa una de las emergencias de salud pública más severas de nuestra época. En Estados Unidos, las muertes por sobredosis de drogas han superado las 100,000 anuales, impulsadas particularmente por opioides sintéticos como el fentanilo, que es 50-100 veces más potente que la morfina y frecuentemente se mezcla con otras drogas sin conocimiento del usuario. El fentanilo ilícito ha transformado el mercado de drogas, haciendo que cada uso sea potencialmente letal incluso para usuarios experimentados. Tendencias similares están emergiendo en otras regiones del mundo (CDC, 2023).

Las respuestas de salud pública a la crisis de sobredosis incluyen: expansión del acceso a la naloxona (el antídoto de sobredosis de opioides) para primeros respondedores, familiares y los propios usuarios; establecimiento de sitios de consumo supervisado donde las personas pueden usar sustancias bajo observación médica con intervención inmediata si ocurre sobredosis; implementación de servicios de verificación de sustancias donde los usuarios pueden analizar sus drogas para detectar adulterantes peligrosos; y expansión del tratamiento con medicación (metadona, buprenorfina) que es la intervención más efectiva para reducir mortalidad en trastorno por uso de opioides.

Estas intervenciones enfrentan oposición basada en argumentos de que "facilitan" el uso de drogas. Esta oposición refleja una priorización de la abstinencia sobre la supervivencia que es difícil de justificar éticamente: cada persona que muere de sobredosis es una persona que ya no tendrá la

oportunidad de buscar tratamiento y recuperarse. El principio de "mantener viva a la gente" como prerrequisito para cualquier otra intervención debería ser incontrovertible, pero la resistencia moral y política a las estrategias de reducción de daños demuestra cuán profundamente arraigado está el estigma.

9.3.2.2 Acceso a Tratamiento y Brechas del Sistema

A pesar de décadas de evidencia sobre la efectividad del tratamiento para TUS, la brecha de tratamiento persiste: la mayoría de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben. En Estados Unidos, se estima que solo alrededor del 10% de las personas con TUS reciben tratamiento especializado en cualquier año dado. Las barreras incluyen: insuficiente oferta de servicios de tratamiento, particularmente en áreas rurales y comunidades marginadas; barreras económicas donde el tratamiento no está cubierto o tiene copagos prohibitivos; barreras de estigma que disuaden de buscar ayuda; tiempos de espera que resultan en pérdida de la motivación; y criterios de elegibilidad que excluyen a quienes más lo necesitan (SAMHSA, 2023).

Las personas con adicción más severa (precisamente aquellas de las que trata este capítulo) enfrentan las mayores barreras de acceso. Los programas de tratamiento pueden rechazarlas por ser "demasiado severas", por no cumplir requisitos de admisión (documentación, estabilidad de vivienda), o por tener comorbilidades que el programa no está equipado para manejar. El sistema frecuentemente funciona de manera que las personas con mayor necesidad tienen menor acceso, una inversión perversa de la lógica de salud pública.

Modelos alternativos de servicio buscan llegar a esta población: los servicios de "bajo umbral" (*low-threshold*) que minimizan los requisitos de entrada; los equipos de "*outreach*" que van a donde están las personas en lugar de esperar que vengan a las clínicas; la integración de servicios de adicciones

con servicios de atención primaria, salud mental, y servicios sociales; y los programas de *Housing First* que proporcionan vivienda como plataforma desde la cual abordar los otros problemas. Estos modelos han demostrado efectividad, pero su implementación a escala enfrenta obstáculos de financiamiento, voluntad política, y la inercia de sistemas diseñados de otra manera.

9.3.2.3 Hacia una Respuesta Integral

Abordar efectivamente la realidad de la adicción crónica severa requiere una respuesta integral que trascienda las intervenciones individualizadas. A nivel de prevención, esto implica abordar las condiciones sociales que producen vulnerabilidad: la pobreza, la falta de oportunidades, el trauma, la exclusión. A nivel de tratamiento, implica sistemas que sean accesibles, acogedores, y capaces de abordar las necesidades complejas de esta población. A nivel de reducción de daños, implica servicios que mantengan vivas a las personas y reduzcan los daños del uso mientras continúa.

A nivel de política, requiere el fin de la criminalización del uso de sustancias y el desplazamiento hacia un marco de salud pública. La evidencia de países que han despenalizado el uso personal de drogas (particularmente Portugal desde 2001) demuestra que la despenalización no aumenta el uso sino que reduce los daños, incrementa el acceso a tratamiento, y libera recursos de la persecución criminal hacia la atención de salud. Reformas similares están siendo consideradas o implementadas en un número creciente de jurisdicciones.

Finalmente, requiere una transformación cultural en nuestra relación con la adicción y con quienes la padecen. Esto implica reconocer la adicción como una condición de salud que merece compasión y tratamiento, no condena moral; reconocer que las personas con adicción son miembros de nuestra comunidad con derechos y dignidad; y reconocer que su sufrimiento es, en parte, producido por las condiciones sociales que colectivamente

hemos creado o tolerado. El camino hacia una respuesta más humana a la adicción es también un camino hacia una sociedad más justa y compasiva.

9.3.3 Conclusiones: Hacia una Ética del Cuidado

Este capítulo ha confrontado las realidades más sombrías del *craving* y la adicción: el camino hacia la marginalidad, el deterioro neurobiológico crónico, las historias de pérdida, el impacto devastador en las familias, y los desafíos éticos y de salud pública. No se han ofrecido soluciones fáciles porque no las hay. Pero se ha argumentado que la visibilización de este sufrimiento (nombrarlo, comprenderlo, honrarlo) es un imperativo ético y un primer paso hacia una respuesta más adecuada.

Una ética del cuidado ante la adicción severa implica varios compromisos: el compromiso de mantener vivas a las personas como primera prioridad; el compromiso de reducir el sufrimiento incluso cuando la abstinencia no es alcanzable; el compromiso de no abandonar a quienes el sistema ha fallado repetidamente; el compromiso de escuchar las voces de las personas afectadas y reconocer su humanidad plena; y el compromiso de abordar las condiciones sociales que producen y perpetúan la vulnerabilidad.

El *craving*, hemos visto a lo largo de este libro, es un fenómeno neurobiológico con raíces evolutivas profundas, moldeado por la experiencia y el contexto, que puede ser modulado mediante diversas intervenciones. Pero cuando el *craving* vence (cuando conduce a vidas de sufrimiento extremo y muertes prematuras) nos confronta con los límites de nuestra ciencia y con la necesidad de una respuesta que trasciende lo técnico. Esa respuesta, en última instancia, es una respuesta de solidaridad humana ante el sufrimiento, un reconocimiento de que estas vidas perdidas o al borde de la pérdida son vidas humanas que merecen ser lloradas, cuidadas, y si es posible, rescatadas.

Referencias

Boss, P. (2006). Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss. W.W. Norton.

CDC. (2023). Drug overdose deaths in the United States, 2001-2022. NCHS Data Brief, No. 457. Centers for Disease Control and Prevention.

Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. The Lancet, 379(9810), 55-70. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61138-0

Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. PLoS Medicine, 5(12), e225. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245-258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Hser, Y. I., Hoffman, V., Grella, C. E., & Anglin, M. D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. Archives of General Psychiatry, 58(5), 503-508. https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.5.503

Hser, Y. I., Mooney, L. J., Saxon, A. J., Miotto, K., Bell, D. S., & Huang, D. (2015). Chronic pain among patients with opioid use disorder: Results from electronic health records data. Journal of Substance Abuse Treatment, 77, 26-30. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.03.006

Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. Annual Review of Psychology, 59, 29-53. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093548

Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. Drugs: Education, Prevention and Policy, 17(S1), 44-62. https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514192

Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. Social Science & Medicine, 78, 70-77. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036

Pfefferbaum, A., Zahr, N. M., Mayer, D., Vinco, S., Orduna, J., Rohlfing, T., & Sullivan, E. V. (2014). Ventricular expansion in wild-type Wistar rats after alcohol exposure by vapor chamber. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 32(8), 1459-1467. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00721.x

SAMHSA. (2023). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2022 National Survey on Drug Use and Health. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Volkow, N. D. (2020). Stigma and the toll of addiction. New England Journal of Medicine, 382(14), 1289-1290. https://doi.org/10.1056/NEJMp1917360