

FERNANDO PÉREZ DEL RÍO
ISIDORO MARTÍN MARTÍN

nuevas adicciones:

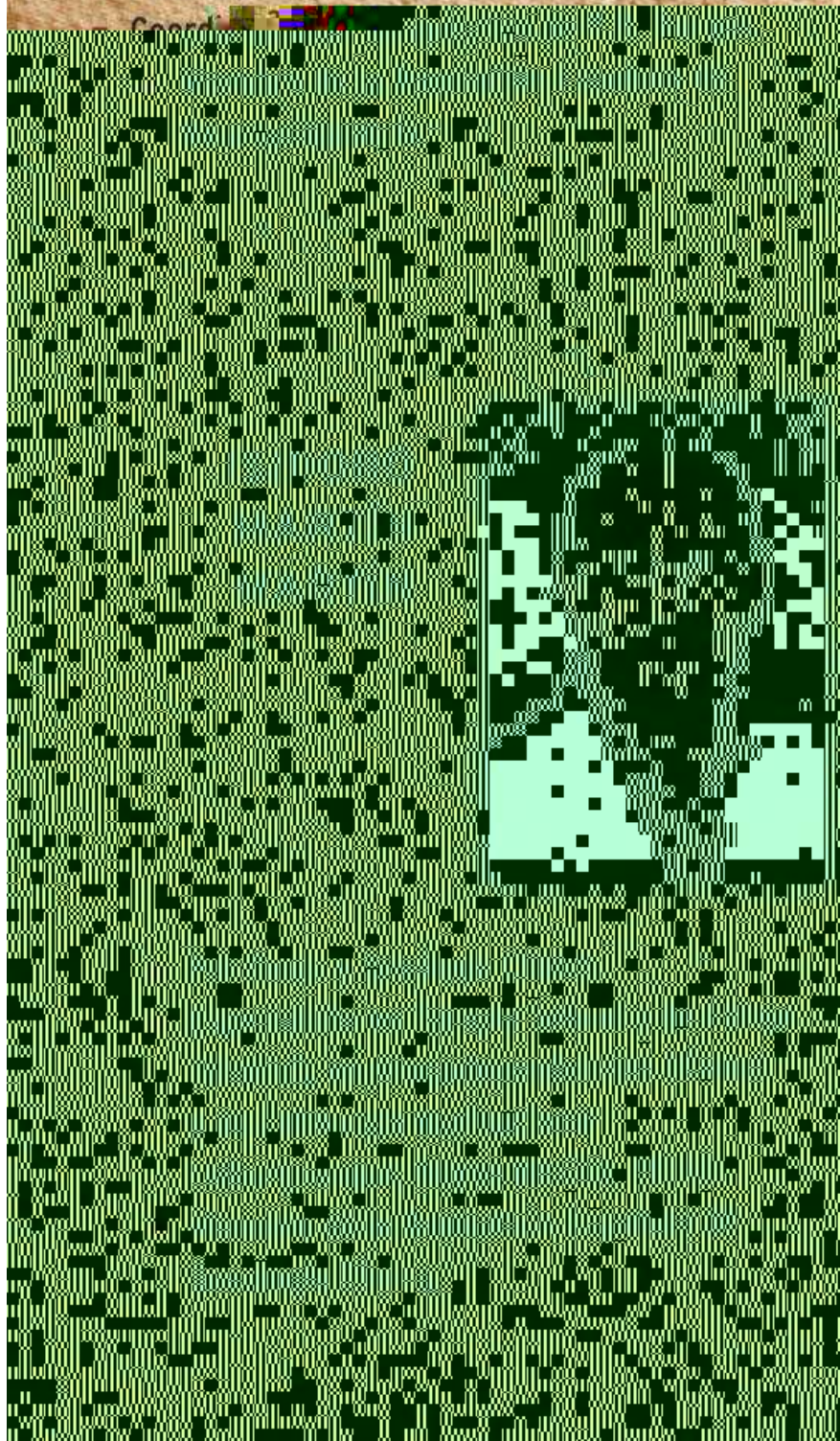
¿adicciones nuevas?

**FERNANDO
PÉREZ
DEL RÍO**



■ **Psicólogo.**

■ **Coord.**



INTERMEDIO 

NUEVAS ADICCIONES: ¿ADICCIONES NUEVAS?

FERNANDO PÉREZ DEL RÍO

Psicólogo. Coordinador Terapéutico de Proyecto Hombre (Burgos).
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

ISIDORO MARTÍN MARTÍN

Psicólogo y Sexólogo Clínico.
Especialista en Terapia Sexual y de Pareja (Madrid),
en Drogodependencias (Roma)
y en Entrevista Motivacional (Albuquerque, Nuevo México, EEUU).
Miembro de la Asociación Española de Sexología Clínica.

Nuevas adicciones: ¿adicciones nuevas?

© **Fernando Pérez del Río**

© **Isidoro Martín Martín**

Todos los derechos reservados

Primera edición, mayo 2007

© Producción y edición

Intermedio Ediciones

C/ Alcalá de Henares, 14

GUADALAJARA

Tfno: 949210082

intermedio.ediciones@telefonica.net

Diseño editorial y de cubierta:

Jesús E. Padín

Edición al cuidado de

Jesús Ángel Martín

Impresión:

GRÁFICAS CORREDOR

GUADALAJARA

Impreso en España - Printed in Spain

I.S.B.N.:

Depósito Legal: GU-

La presente obra original se acoge a la Ley de Propiedad Intelectual. Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, grabada en sistema de almacenamiento o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro. También queda prohibida su copia, reproducción y traducción sin la autorización previa, expresa y por escrito de sus autores.

Agradecimientos

A nuestros pacientes, con quienes compartimos y de quienes aprendemos.

Y especialmente a Toño Pérez por sus valiosas observaciones y aportaciones lingüísticas que han mejorado notablemente este libro.

a Guillermo Pérez Martín

ÍNDICE

CAPÍTULO 1	15
PARTE I	
ACLARANDO ALGUNOS CONCEPTOS	
CAPÍTULO 1	
1. Nuevas adicciones: ¿adicciones nuevas?	29
CAPÍTULO 2	
2. La adicción como enfermedad. Tratamientos directivos y semidirectivos	37
CAPÍTULO 3	
3. El modelo biológico y la atribución de la responsabilidad	43
CAPÍTULO 4	
4. Del uso al abuso. La personalidad dependiente	49
CAPÍTULO 5	
5. Adicciones y disfunciones sexuales	53
5.1. Cerebro, hormonas y sexualidad	54
5.2. Drogas, medicamentos y sexualidad	55
5.3. Adicciones con o sin sustancia y disfunciones sexuales.	56
5.4. Tratamiento.	57
5.5. Conclusiones.	58
CAPÍTULO 6	
6. El control de los impulsos y adicciones	61
CAPÍTULO 7	
7. Definición de adicción psicológica. Psicologización de la sociedad	65
CAPÍTULO 8	
8. Abordajes en el tratamiento de las adicciones	69
8.1. El conductismo.	70
8.2. Cognitivismo.	71
8.3. Psicoanálisis	76
8.4. Escuelas humanistas	80
CAPÍTULO 9	
9. Desde el encuadre terapéutico al trabajo con los sentimientos	83
9.1. Encuadre y tendencias	83
9.2. Facilitando el cambio emocional.	86
CAPÍTULO 10	
10. Patología dual vs adicciones	89
10.1. El concepto de patología dual.	90
10.2. Un enfoque crítico a la patología dual.	92
10.3. Lo masculino y lo femenino en las adicciones.	92
10.4. Metodología clínica	93
10.4.1. Un caso de neurosis obsesiva.	93
10.4.2. Un caso de histeria.	94
10.4.3. Un caso de psicosis.	95
10.5. El uso de la adicción: Soluciones y Rupturas.	96

PARTE II

ARTE, CREACIÓN Y REPETICIÓN

CAPÍTULO 11

11. ¿Creación vs. adicción?	101
11.1. ¿Creación vs. adicción?	101
11.2. En cuanto al placer "estético"	104
11.3. El arte ¿sublimación o abuso?	107
11.4. Creación del arte vs aburrimiento de la adicción	108

PARTE III

¿ADICCIONES NUEVAS?

CAPÍTULO 12

12. Del uso-abuso a la adicción a las nuevas tecnologías.	113
12.1. Los video-juegos.	113
12.2. TV.	118
12.3. La radio.	119
12.4. Los teléfonos móviles.	120
12.5. ¿Adicciones a internet?	122
12.6. La red como soporte de múltiples dependencias.	123
12.6.1. Los casinos virtuales y la ludopatía.	124
12.6.2. El ciber-sexo.	124
12.6.3. La compra compulsiva. Ciber-compra.	125
12.7. Puesta al día en las dependencias a Internet y su definición.	126
12.8. ¿Existe la adicción a la Red?	131
12.9. Conclusiones.	133

CAPÍTULO 13

13. Hipótesis sociales y emocionales de la dependencia al trabajo.	135
13.1. La adicción al trabajo y conceptos limítrofes.	135
13.2. Algunas investigaciones e hipótesis previas.	139
13.3. ¿Influyen los cambios sociales en la conducta adictiva?	140
13.4. Conclusiones de la dependencia del trabajo.	143
13.5. Tratamientos.	144
13.6. Conclusión.	146

CAPÍTULO 14

14. Sobre la dependencia al sexo y el mito de don Juan	149
14.1. Definición y ciclo.	149
14.2. Diagnóstico diferencial	152
14.3. Abstinencia y tolerancia, sus síntomas.	152
14.4. Etiología.	154
14.5. Epidemiología.	154
14.6. Don Juan o el dependiente.	155
14.7. Tratamiento.	158
14.8. Conclusiones.	159

CAPÍTULO 15

15. La dependencia a comprar o el ser consumido	161
15.1. Epidemiología. Comorbilidad.	162
15.2. Características demográficas. Inicio y curso.	163
15.3. Tratamiento.	165

CAPÍTULO 16

16. La dependencia al juego. La ludopatía	167
16.1. Perfil caracterológico.	168
16.2. Epidemiología y Comorbilidad	172
16.3. Síntomas asociados generales.	172
16.4. Síndrome de abstinencia.	173
16.5. Factores predisponentes, factores mantenedores.	173
16.6. Tipos de jugadores.	174
16.7. Los motivos del jugador.	175
16.7.1. Sociales.	176
16.7.2. Individuales.	176
16.8. Tratamiento, rehabilitación y reinserción.	178
16.9. Conclusiones 20 años después.	182

CAPÍTULO 17

17. ¿Hábitos de riesgo o trastornos adictivos?: Los abusos.	185
17.1. Coleccionar.	187
17.2. Las sectas.	192
17.3. Recorrer las calles.	197
17.4. La lectura.	199
17.5. El dinero y la fama.	200
17.6. Mentir	203
17.7. Las actividades de riesgo.	205
17.8. Viajar.	206
17.9. Vigorexia.	207
17.10. Los trastornos de la alimentación.	209
17.11. Los fármacos.	210
17.12. Otros.	212

PARTE IV
TRATAMIENTO APLICADO DE LAS ADICCIONES.

CAPÍTULO 18

18. Cómo tratar las adicciones.	217
18.1. El clínico.	217
18.2. Los equipos terapéuticos.	220
18.3. El proceso terapéutico.	222
18.4. La terapia de grupo.	236
18.4.1. Inicio.	236
18.4.2. El proceso en grupo.	239
18.4.3. El grupo como meta modelo.	243
18.4.4. Tipos de grupos.	246
18.5. La confrontación.	251

PARTE V
EL HOMBRE ACTUAL A DEBATE DESDE EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

CAPÍTULO 19

19. Seis características fenomenológicas referenciales	257
19.1. El consumismo y la competitividad.	257
19.2. El malestar y la responsabilidad.	259
19.3. El estado de bienestar y la felicidad.	262

EPÍLOGO	267
---------	-----

BIBLIOGRAFÍA	270
--------------	-----

PRÓLOGO

DR. JOSÉ DÍAZ MOREA

La Compulsión se refiere a la conducta motivada por un intento de evitar un estado interno desagradable. La Dependencia se refiere a la conducta motivada por un intento de lograr un estado interno agradable a través de la gratificación de las necesidades.

El Comportamiento Adictivo se distingue por la capacidad para producir efectos agradables y por proveer un modo para evitar los estados internos dolorosos. Así, la Adicción implica una síntesis de la compulsión y la dependencia, y es el único término que puede caracterizar adecuadamente un modelo de comportamiento, por ejemplo sexual, que incluye la gratificación y el escape del malestar interno.

Carnes ⁽¹⁾ ofreció una definición clínicamente útil y humanista de la adicción: “una relación patológica con una experiencia que cambia el humor”.

Es un trastorno en el cual se emplea, por ejemplo, una conducta sexual que puede funcionar para producir placer y para proveer un escape del malestar interno, en un modelo caracterizado por el fracaso periódico de controlar la conducta sexual y la continuación de la conducta sexual a pesar de las consecuencias dolorosas significativas.

En el debate actual, en el comité de la APA para el DSM-V, son mayoría los que consideran más adecuado el término Adicción a las drogas y no el de Dependencia que ahora mantiene el DSM-IV TR,

desde su modificación en el DSM-III R. Por cierto, ya entonces, en el año 1987, ganó el término Dependencia al de Adicción, sólo por un voto en la votación final de dicho comité (2).

Hoy sabemos que la mayoría de los adictos tienen más de una adicción a la vez y que hay antecedentes familiares de conductas adictivas en estos pacientes. En una muestra de 932 adictos al sexo Carnes encontró que el 42% también tenían dependencias químicas, un 38% informaron de trastornos de la alimentación, el 28% eran trabajadores compulsivos y un 26% tenían gastos compulsivos. También se identificaron múltiples adicciones en sus madres (22%), padres (40%) y hermanos (56%).

Muchos estudios han documentado la comorbilidad de las adicciones sexuales y otras adicciones. Estos informes han documentado este fenómeno en clérigos, profesionales de la salud, en poblaciones con dependencias químicas y en muestras con trastornos de la alimentación (3).

Las adicciones parece que tienen estructuras similares. En el DSM-IV, los criterios para el juego patológico y el abuso de sustancias son casi idénticos. También son muy similares a los criterios propuestos por diferentes autores que han escrito sobre la adicción sexual.

Si las adicciones interactúan, entonces, a niveles primarios, probablemente comparten etiología y estructura. En el pasado, cada problema se trataba a menudo por separado, estando los especialistas de cada área desconectados con los de otras áreas. El resultado de tal enfoque a menudo era caótico y con resultados dispersos.

Los argumentos morales contra el concepto de adicción sexual están basados en la preocupación de que la designación de este modelo de la conducta sexual de adicción socava la responsabilidad de las personas sobre su comportamiento. Grupos en los dos extremos del espectro político-social comparten esta preocupación. Los del extremo conservador temen que el concepto de adicción sexual pueda ser empleado para absolver al individuo de su responsabilidad, que los adictos al sexo no sean responsables de las consecuencias de su conducta. Mientras tanto, los del extremo liberal temen que el concepto de adicción sexual pueda ser utilizado para privar a los individuos de la responsabilidad personal y de la libertad de elegir, definiendo a los adictos del sexo como víctimas que tienen que ser salvadas, incluso si ellas no lo desean.

Estas preocupaciones reflejan un fracaso para comprender que los adictos no son responsables de su adicción, ni por los sentimientos, las fantasías y los impulsos que implica; pero sí son responsables de lo que hacen por su adicción y de la manera en que actúan en respuesta a sus sentimientos, fantasías e impulsos. No somos responsables de lo que sentimos, pero sí de lo que hacemos con ellos y de cómo los expresamos.

Hay que distinguir entre la responsabilidad de la enfermedad y la responsabilidad de la recuperación. En el tratamiento, por ejemplo, de la adicción sexual, la responsabilidad tiene un papel central. La responsabilidad de las consecuencias de su comportamiento sexual adictivo es lo que suele empujar a los adictos al sexo al tratamiento y provee la caña para romper su negación. Además, el sentido de responsabilidad por su propia recuperación es lo que sostiene la voluntad del adicto al sexo a continuar en un proceso de crecimiento que puede ser difícil y doloroso.

En este libro, se destaca ya, desde el índice, la amplitud y profundidad al abordar el tema “actual” y tan antiguo de las adicciones.

El libro está lleno de preguntas e intenta y consigue dar respuestas que nos conducen a nuevas preguntas. Además indaga acerca de la etiología, la evolución, el diagnóstico y los diferentes tratamientos de las “nuevas” adicciones. Realiza un rastreo socio-antropológico y filosófico del ser humano respecto a sus angustias y vivencias básicas que guardan relación con sus conductas y vínculos adictivos.

Nos alimenta intelectualmente, al acercarnos a las interconexiones entre el arte, la creatividad y las adicciones. Desglosa, puntualiza con exquisitez y crítica con claridad algunos nuevos términos y diagnósticos, profundizando desde un diverso abanico de conocimientos, sin alejarse de la clínica, en las diferentes adicciones tales como la adicción al sexo, a la compra, al juego, a Internet, etc.

Abordan un tema clínico cuya “prevalencia continúa creciendo año tras año”, advirtiendo que el diagnóstico actual en “ocasiones olvida la historia de la persona”.

Es inteligente e ingenioso el inicio del libro con el caso Nino y su “trastorno fúnebre o trastorno de los entierros”; así, los autores nos ayudan a comprender su visión de las adicciones, la clínica y el proceso de “crear” una patología, la tendencia de algunos al reduccio-

nismo, y a la vez nos permiten entender la patología y su significado para cada individuo en particular.

Nos sitúan en lo social: “el hombre del funcionario, hijo del discurso de la ciencia, ante los retos de la vida en común tiende a refugiarse en la sociedad compartida con objetivos de consumo... esta sociedad está abierta y valora el riesgo, pero promueve ciudadanos que parecen temerosos de las relaciones y compromisos”. Hoy no se suele preguntar en qué crees, sino cómo y cuándo disfrutas: “no existe un amo que sustente el saber”.

Nos alertan sobre que la espera de los ciclos ha sido sustituida por lo instantáneo, el “presentismo”, “este cambio implica la anulación de la función psicológica de la espera, crucial para introducir un tiempo de comprensión entre el instante de la mirada y el momento de concluir”.

Los autores cuestionan e indagan en los dos grandes modelos terapéuticos de las adicciones: el directivo y el semi-directivo, afirmando que “los modelos directivos sirven en algunos casos y puntualmente, pero los no directivos o semi-directivos son los más eficaces a medio y largo plazo”.

Nos dicen que “sea o no una enfermedad, el sujeto es el responsable. Y esta es la paradoja de las conductas adictivas: el sujeto tiene una enfermedad, pero sin duda es responsable de ella y de quien depende salir de ella”.

No dejan de lado en el tema de las adicciones y las disfunciones sexuales la formación del clínico: “nos preguntamos por la formación en sexualidad de los clínicos que trabajan con personas adictas. ¿Pueden los propios prejuicios llegar a tener más fuerza que el deseo de curar?” Nos recuerdan que los derechos sexuales de las personas son derechos universales.

Tienen la valentía de cuestionar en profundidad el diagnóstico de la adicción como un trastorno de control del impulso (TCI) en la nomenclatura del DSM Y CIE, así como las diferentes etiologías y la estandarización del tratamiento de las adicciones. Es esa continuidad de preguntas que hacen a lo largo del libro que en la crítica sobre la evaluación y el tratamiento se plantean: ¿Hasta qué punto es evaluable el sufrimiento? ¿Se puede acaso estandarizar el tiempo de tratamiento en un número concreto de sesiones? ¿Acaso dos personas diagnosticadas de depresión se curan al mismo tiempo?

Los autores revisan las aportaciones del conductismo, el cognitivismo, el psicoanálisis y el humanismo respecto a las adicciones, sin olvidar el encuadre terapéutico de los sentimientos y destacando el tema de los valores en la comprensión y tratamiento de esta patología.

Escudriñan el término de patología dual, que incluye lo “nuevo, reciente” sin dejarse confundir por el hecho de que sea algo ya “viejo”, conocido. Es la denominada comorbilidad.

Es importante discernir la función que cumple el objeto droga en cada sujeto de cara a la dirección de la cura. Es muy interesante el uso que hacen de diferentes casos clínicos para la comprensión de lo anteriormente señalado. Por ejemplo, en los casos de neurosis obsesiva en Juan, el alcohol aparece eclipsando el surgimiento del síntoma, manteniéndolo en su posición de “no pienso”, no queriendo saber nada de su inconsciente.

En un caso que citan de neurosis histérica, señalan: “Se inicia su adicción al alcohol como medio que le permite soportar la angustia frente al encuentro sexual”. “Si en un primer momento el recurso a la droga le facilitaba el lazo con el Otro, ahora volverá a consumir en solitario, y de forma compulsiva... No dejará pasar un solo día sin inyectarse ni beber, sustituyendo, según su decir, al ‘príncipe’ por el ‘caballo’ (heroína).”

En el caso de la psicosis, la droga le permite al paciente atribuirle la causalidad de los fenómenos, “es la causante de todo lo que oye y de que los otros no paren de mirarle”. Para algunos, “si no se es adicto no se es nada”.

Respecto al *arte* y a la *creación* nos recuerdan que “parece ser que sigue existiendo en la actualidad una cierta atracción por el genio ‘loco’ y, pese a todo un siglo de despatologización de la creatividad, sigue estando vinculada a lo ‘raro’ y no a lo diferente, universal y sano”. Nos indican: “La actividad artística la podemos entender como potencialmente positiva, y en el encuadre de una conducta sana frente a la adicción que se manifiesta como la pasividad de la repetición del mismo hecho...”

Enfocan la *dependencia al trabajo* con lúcida claridad y desde diferentes ángulos abordando sus repercusiones y aproximándonos al tratamiento más adecuado, “donde el ‘tener’, vinculado a la afectividad exige rendimiento”.

En la *dependencia al sexo* y al mito de don Juan bucean en la definición y en el diagnóstico diferencial, así como, en su etiología, aclarándonos el delicado tema de la tolerancia y la abstinencia de esta dependencia al sexo, retoman con Vallejo-Nájera que don Juan “es un clásico inmaduro, que busca la auto-afirmación en la adolescencia, un objeto que se convierte en aumento de su auto-estima... dificultándole integrarse en sus relaciones afectivas”.

En la *dependencia a la compra* nos muestran su clínica y evolución, la comorbilidad, etc., y la sitúa dentro del debate sobre el ser humano actual: para Kierkegaard, la nada es la fuente básica de angustia: “La nada y la angustia son siempre correspondientes entre sí, la angustia queda eliminada tan pronto como aparece de veras la realidad de la libertad. Pero la angustia también es el vértigo de la libertad”. Vemos, pues, en la dependencia a las compras una libertad de elección mal entendida que no hace más que suturar la angustia momentáneamente, poniendo parches -objetos- al vacío.

Respecto a la *ludopatía* o *dependencia al juego* nos hablan desde su larga experiencia, -ya en el año 1978, Isidoro Martín y el Dr. Romans crearon en Burgos la Asociación Burgalesa de Aburridos del Juego (ABAJ)- y nos desgranán las motivaciones, tipos de jugadores, los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores, así como los tratamientos adecuados, la rehabilitación, y la reinserción.

Acerca de las adicciones a Internet nos señalan que son diversas, que la Red es un soporte de múltiples dependencias, como por ejemplo los casinos virtuales y la ludopatía, los videojuegos, el cibersexo, la compra compulsiva, etc. Sin olvidar que hay mucho de positivo en la red, “que es una nueva forma de entender la sociedad”.

En el año 2001, en el portal de Navegalia donde se podían hacer preguntas al resto de los navegantes, un internauta colgó en la red la siguiente: “Los *chats*, ¿son adictivos?” Los propios navegantes contestaron en un 85% que sí.

Respecto a los videojuegos que le denominan como una especie de “autismo” del goce, se destaca que en diferentes estudios las puntuaciones medias en agresividad aumentan en aquellos grupos de sujetos que pasan más tiempo viendo TV y/o interactuando con videojuegos. “Las reacciones cerebrales de las personas que juegan con video-juegos en exceso son similares a las de los alcohólicos o los adictos al *cannabis*. El jugar abusivamente libera cantidades impor-

tantes del neurotransmisor llamado dopamina, creando una especie de memoria de adicción” (Thalemann, 2006). Realmente es necesario que los adictos vuelvan a aprender a comunicarse.

En relación al uso/abuso de la TV, nos recuerdan que “de forma general la psicología social nos ha mostrado en repetidas ocasiones que aquellos que ven mucha TV creen que el mundo es más peligroso, incierto, engañoso, egoísta de lo que en realidad es”.

“También nos topamos, por supuesto, con adictos al sexo por Internet, *el cybersex, el sex on the net, el internet-addicted, web-addicted*, el que se “enamora de su ordenador”. De USA (nuevamente) nos llegan voces que vienen a denunciar la existencia de aproximadamente 20 millones de sujetos que frecuentan más de 10 horas a la semana cualesquiera de las miles de direcciones pornográficas que existen en la Red. Con relación a este estudio, se vio que estas personas adictas al sexo por Internet tenían “más problemas a la hora de relacionarse con el otro sexo que quienes no eran adictas, presentando además importantes dificultades de comunicación. Manifestaban una tendencia a la violencia, concretamente a la violencia doméstica y padecían tendencias impulsivo-agresivas y se divorciaban más frecuentemente”, Felipe Cuna (2000).”

En el abordaje terapéutico de las adicciones, ponen de manifiesto su experiencia clínica, empezando por el papel del clínico, que debe de manejar adecuadamente la transferencia y la contratransferencia, el no dejarse atrapar por las diferentes teorías, sino el integrarlas, así como la importancia de que el paciente, en las sesiones a través del espejo que le hace el terapeuta, vuelva a adquirir el control sobre sí mismo, ya que generalmente se sienten perdidos

Nos hablan de la necesidad de los equipos terapéuticos y de que la eficacia en el tratamiento de las adicciones depende tanto del terapeuta como de la eficiencia del equipo profesional. Nos destacan el proceso terapéutico, donde es vital el que el adicto vuelva a relacionarse con los demás. Nos recuerdan que generalmente el adicto no da el paso hasta que no ha tocado fondo, y “entendemos por tocar fondo cuando su vida se ha deteriorado y degradado considerablemente”.

A la hora de llevar a cabo un tratamiento, podemos tener en cuenta la teoría del cambio elaborada por Prochaska y DiClemente (1982). Estos autores han sido perspicaces explicando cómo cambiamos las

personas y así señalan cinco diferentes etapas: “precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento”.

Nos hacen sugerencias, fruto de su trabajo clínico, tales como que al inicio es conveniente preguntar sobre sus expectativas y evitar que el paciente se ponga objetivos demasiado básicos o inalcanzables. Que es frecuente que estos pacientes pasen de víctimas a acosadores con facilidad e incluso que mantengan las dos posturas simultáneamente. Y que la elaboración del duelo es una parte importante del proceso terapéutico.

Hacen la observación de que a medida que va avanzando el proceso terapéutico, se pondrá una mayor atención en una nueva red social.

Un signo de curación lo vemos cuando el paciente es capaz de vivir y dar sentido a la soledad en su vida.

Finalmente, el mantenimiento también es un periodo en el que hay que prevenir la recaída, es una continuación de lo aprendido.

Respecto al tratamiento en terapia de grupo, así como en el abordaje individual, nos detallan los procesos que inciden en el trabajo en grupo, desde el inicio hasta el final de la terapia, destacando “que el contrato es el enlace del proceso, el continuo necesario, el norte que sigue el paciente en momentos de confusión”.

Sobresale el proceso de confrontación, que sirve para que puedan darse cuenta de la discrepancia entre lo que una persona hace, lo que dice y lo que quiere.

Nos hacen una reflexión profunda y actualizada sobre el consumismo y la competitividad. “Si tuviéramos, pues, que definir nuestra época mediante una de sus características más reveladora, nos aventuraríamos a decir que nos hallamos en una época de ‘rendimiento’, entendido éste como competitividad, una competitividad traspasada de inmediatez. En efecto, el rendimiento es entendido generalmente como un valor, extendiéndose su importancia incluso al campo de la diversión, a la que también exigimos un esfuerzo añadido”.

Nos recuerdan a Marcuse, que nos decía que en nuestra sociedad el principio de realidad se había convertido en el principio del rendimiento. Como parte de la adicción, parece que los psicoestimulantes y las conductas compulsivas contribuyen a rendir al máximo tanto en la diversión como en el trabajo.

Como parte del proceso de curación hay que aceptar que la felicidad también supone responsabilizarse del malestar, de la angustia. “Uno deja de ser víctima cuando comienza a responsabilizarse de su propia vida.”

Terminan con un epílogo que no tiene desperdicio, donde nos plantean que la humanidad siempre ha necesitado de rituales y vuelven a sus preguntas: ¿Son las adicciones una forma más de dicha ritualización?, ¿son su manifestación más trágica?, ¿acaso la sociedad necesita ritualizar sus relaciones?

Citando a Lao Tse, nos recuerdan “que cuando el hombre pierde el Tao recurre a la virtud, cuando pierde esta recurre a la compasión, cuando pierde la compasión recurre a la moral, y cuando pierde la moral, recurre al ritual, que es el principio de toda confusión y desorden”.

En este libro, los autores maravillosamente han podido constatar el desorden y la confusión en que viven las personas adictas, que intentan protegerse del dolor y del sufrimiento a través de las adicciones, pero, como suele suceder, esto produce más angustia y no una verdadera libertad.

Los autores finalizan afirmando: “nos parece que son los rituales adictivos externos, los contextos los que cambian pero que, en el fondo, es la misma sintomatología adictiva la que envuelve en sus enmarañadas redes a la persona adicta. Una secuencia con diferentes máscaras que ocultan un mismo rostro”.

Quiero terminar agradeciendo a los autores que, en el momento actual de la salud mental, tan cargado de neurobiología, nos permitan deleitarnos con la integración del humanismo, algo que logran a la perfección en este valioso libro.

**NUEVAS ADICCIONES:
¿ADICCIONES NUEVAS?**

Parte I

**ACLARANDO
ALGUNOS CONCEPTOS**

1

NUEVAS ADICCIONES: ¿ADICCIONES NUEVAS?

A lo largo de estas páginas intentaremos hablar sencilla y claramente de las nuevas adicciones, es decir, de aquellas a las que algunas personas se enganchan de forma compulsiva y a las que todavía hay quien denomina manías, vicios o enfermedades morales. No se trata de sustancias. Son adicciones fundamentalmente psicológicas, cuya “prevalencia continúa creciendo año tras año”, Navajits (2001).

El aumento de tales adicciones y las razones por las cuales se diagnostican, pueden deberse a diversas causas. Una de ellas es el aumento de las posibilidades diagnósticas de los trastornos mentales. Hoy día se da entre los clínicos la tendencia a designar “casi toda” conducta humana que se desvía de la media con un nuevo epígrafe de trastorno. El diagnóstico, actualmente, se basa en unir grupos de síntomas, pequeños indicadores, mediante lo cual se gana en precisión pero se pierde en subjetividad, en narrativa del proceso y hasta, cabría añadir, se olvida en ocasiones la historia de la persona.

Para aclararnos mejor, vamos a inventarnos ahora mismo un nuevo trastorno, al que llamaremos “trastorno fúnebre o trastorno de los entierros”. Es un retazo de la historia de Antonino, Nino para los amigos.

Desde hace siete años, Nino no se pierde un entierro; allí llora desconsoladamente y descarga su emotividad. Repite y repite la experiencia con gran satisfacción y alivio, al menos en los primeros momentos. Pero ¿cómo empezó todo? Todo comenzó aquel 2 de

noviembre, hace ahora siete años, en el funeral de un vecino amigo suyo donde descubrió que ir a un entierro le proporcionaba un estado emocional intenso. Al día siguiente compró el periódico, consultó las esquelas y, a continuación, se coló nuevamente en unos cuantos entierros. Así comenzó su aventura. Colarse en los funerales ajenos le proporcionaba un cierto especial morbo, y le encantaba hablar sobre el fallecido con personas desconocidas, llegando en ocasiones a crearse para sí identidades ideales e imaginarias que le fascinaban, aunque, en el caso de Nino, el simple hecho de pasar desapercibido ya le excitaba y entusiasmaba suficientemente.

Con el tiempo, nuestro hombre se fue rodeando de objetos fúnebres de todos los tamaños y colores: esquelas, crucifijos, calaveras, velas, recordatorios, lazos de coronas, coronas; todos ellos pequeñas muestras o trofeos de sus aventuras. De tanatorio en tanatorio iba buscando las salas más concurridas para disfrutar al máximo y, al mismo tiempo, pasar mejor desapercibido. No tardó en convertirse en un especialista, y nunca dejó de disfrutar sus “aventuras”. No obstante y poco a poco, comenzó a darse cuenta de que al pasar un rato entre las familias de los finados, un cierto nerviosismo nacía en él y, casi al instante, padecía algunas molestias y terminaba por perder el control. Acusaba el cansancio de andar pendiente de iglesia en iglesia, muy alejadas a veces una de otra. Se irritaba además debido al cúmulo de personas que suele formarse en esos lugares, y en especial al aire acondicionado, que le afectaba sobremanera a los ojos. Con todo, resulta curioso que un buen día ya no pudiera pasarse sin asistir a un funeral; si faltaba, se sentía incómodo y angustiado.

En un determinado momento Nino empezó a tener fallos en la concentración, a no saber diferenciar lo superfluo de lo importante; cuando hacía la compra de la semana, le ocurría no ser capaz de distinguir si lo que quería era tomates o pepinillos. Su vida diaria también acabó por resentirse: vivía como ausente. Es entonces cuando descubre que su vida no avanza, como si se hallara inserta en una especie de bucle de repetición. “¿Por qué contesto de forma tan irritable a mi siempre amable vecina Petra?”, se preguntó a sí mismo una tarde. “Ese no es mi acostumbrado estilo cortés, ¿por qué me siento así?” Nino comienza a percatarse de una extraña contradicción en su vida. Por una parte, se ve absorbido por una irresistible necesidad de regresar a entierros y velatorios para volver a experimentar de nuevo toda esa gran inten-

sidad emocional y, por otra, es innegable que cada vez se siente peor haciéndolo.

Hasta aquí un primer encuadre de la historia de Nino. Ya tenemos el grupo de síntomas que padece nuestro protagonista; de ésta forma hemos delimitado el malestar de las personas que van a velatorios y entierros y, extrapolando lo necesario, nos hemos acercado en el entendimiento al malestar de dichas personas en la sociedad. Finalmente, ganamos en precisión en cuanto a unir signos y síntomas e inventar ingeniosamente un nuevo diagnóstico, un nuevo caso clínico, el de Nino, al que hemos llamado, como se recordará, “trastorno fúnebre o trastorno de los entierros”. Y el último paso de nuestra tragicómica invención será la creación de un nuevo medicamento, apropiado al uso, de la mano de un prestigioso laboratorio: “Funebrín 500mg”. Temporalmente al menos, este fármaco le proporcionará a Nino un positivo bienestar.

Ante tal panorama, nos surgen de inmediato algunos interrogantes: ¿Olvidamos otras áreas al enfocar así las cosas? ¿Cómo saber por qué esa persona está mal? ¿Qué es lo que le ha ocurrido? ¿Qué personalidad manifiesta? ¿Para qué ha desarrollado este trastorno y no otro? En definitiva: ¿qué le pasa?

Pero volvamos ahora un instante a nuestro tema central: ¿Por qué hoy, con mayor frecuencia, se diagnostica de adictas a ciertas personas? Desde hace varias décadas encontramos que las modas han venido cambiando en cuanto a la expresión de las adicciones, y que cada una presenta matices, peculiaridades y formas adictivas diferentes. Así, en los años ochenta apareció oficialmente la ludopatía; después las líneas 906; a continuación las compras, el sexo, el tamagochi y, a partir del 2000, se popularizó la adicción a Internet, a los móviles, a las nuevas tecnologías que, en suma, se presentaron como vehículos del deseo adictivo. Algunos clínicos esgrimen que los síntomas cambian de envoltura y se desarrollan acordes con cada época. Esto quiere decir que hay algunas personas que presentan nuevas formas conscientes o inconscientes de expresar su malestar. La psicología del ser humano también se adapta y acusa los nuevos tiempos. Inventamos nuestros propios síntomas adaptándolos a las nuevas realidades individuales y socioculturales. Parece claro que cada época tiene sus propios relatos y mitos, que se transforman en rituales y desarrollan sus propios síndromes, dolencias y enfermedades.

Hoy ya no nos llaman la atención aquellos curiosos e interesantes fenómenos histéricos, de conversión, que abundaban a principios de siglo en la sociedad victoriana; las parálisis de las histéricas de Charcot, actualmente, en la época de la abundancia y del consumo, se han transformado o desaparecido para dejar paso a la anorexia, la bulimia y la obesidad. En estos tiempos en que el sexo lo impregna todo, aparecen de forma preocupante las disfunciones sexuales. De tal modo podríamos seguir adelante, con más preguntas que respuestas. Por ejemplo, ¿cuáles son las variables que articulan el encadenamiento de las distintas adicciones?, ¿qué es lo que las une?, ¿se mantienen unas constantes psicológicas en todas ellas? ¿Es conveniente que describamos una nueva adicción cada cinco años? ¿Somos los clínicos quienes las inventamos, con toda su parafernalia diagnóstica? ¿O la aproximación pasa por detenernos a observar qué ocurre en la sociedad y en nosotros como individuos? Cada cierto tiempo, y con intervalos cada vez más breves, tendremos que cambiar de soporte: móviles, compras, máquinas tragaperras, Internet. Pues la moda de una nueva adicción aparecerá en el “mercado clínico”, sustentada por llamativos titulares en los medios y particularmente en los grandes laboratorios, que nos venden salud a raudales, sin olvidar a los correspondientes gurús del bienestar, aquellos que pretenden sanar nuestras deterioradas y mediocres vidas con todo tipo de libros de autoayuda y relajación. En este sentido, no vendría mal empezar por el principio y detenernos a observar las diferencias entre el hombre actual y el de otras épocas, sus distintas peculiaridades, y preguntarnos de paso por qué nuestra civilización occidental favorece, e incluso potencia, determinadas adicciones.

¿Qué lectura hacemos de tanto exceso informativo? ¿Qué efectos provoca tanta hiperestimulación? ¿Qué es lo que le puede ocurrir a una sociedad como la nuestra para que una de las patologías más frecuentes en la actualidad se base en la repetición? La acción, digamos, de repetir afanosamente algo que genera en un principio placer pero que con el tiempo produce despistes, olvidos, estrés, sufrimiento y despersonalización. Acaso sea atrevido hacer un estudio robot del hombre occidental y señalar que, en la época actual, encontramos algunas pistas que ayudan a entendernos. La primera sería señalar que el ideal transmitido por nuestra cultura occidental descarta la “imposibilidad”, es decir: todo es posible. No deja de ser curioso, por

ejemplo, que, cuando trabajamos con adolescentes, encontremos que éstos tienen un fuerte sentimiento de invulnerabilidad. Da la impresión de que para ellos no existe la pedagogía de la pérdida o de la muerte. Es el hedonismo, el derecho a gozar lo que nos representa, encarna y constituye. Hay que evitar el dolor y gozar a toda costa. Una de las consecuencias de esto es que cada persona crea su ideal particular, ideales particulares que se adscriben como segmentos en grupos, por lo que llegamos a una fragmentación de lo social, haciendo desaparecer, por lo general, los ideales globales. Antes, el tener un ideal era muy valorado y, al mismo tiempo, algo muy socorrido para las personas. Un ejemplo es la importancia que se daba antiguamente a la religión, cuando ahora, como se sabe, la religión ha pasado a un segundo o tercer plano. Permítasenos pedir a los lectores que hagan un pequeño esfuerzo de memoria: ¿Han escuchado alguna vez que alguien diga o imponga a los demás algo como: “¡No disfrutes!”? Por otra parte, ¿qué hace la persona para tener control sobre sí misma, a qué se puede agarrar? “El hombre del funcionar, hijo del discurso de la ciencia, ante los retos de la vida en común tiende a refugiarse en la sociedad compartida con objetivos de consumo [...]. Esta sociedad está abierta y valora el riesgo, pero promueve ciudadanos que parecen temerosos de las relaciones y los compromisos. Hace falta que las cosas funcionen para que nada falte y la decrepitud y la muerte sean imposibles. El joven, como el adulto, tienen un vocabulario carente, les faltan palabras y les sobran significantes, [...] esto da paso al sentimiento de la intención agresiva y a la dimensión patogénica de la violencia y del acto”, Francesc Vilá, Eugenio Díaz, Dolors Vinque (2004).

Hoy no se suele preguntar en qué crees, sino cómo y cuánto disfrutas: golf, parapente, viajes... De este modo se adscriben las personas a núcleos, más o menos fragmentados, donde poder disfrutar en grupo de lo mismo. El hombre se hace preguntas en voz alta y comienza a no tener respuestas en relación a lo eterno. El hombre sabe que tiene un fin, sabe que las tradiciones han sido cuestionadas y no sirven como sostén. No existe un amo que sustente el saber. No existe el señor feudal a quien se le deba rendir pleitesía. No existe una ley moral por encima nuestro que nos diga lo que tenemos que hacer. Las personas comienzan a elegir por ellas mismas. ¿Estamos preparados para elegir entre la infinidad de cosas que, de la noche a

la mañana, nos ofrece la sociedad de consumo? En nuestra búsqueda de pistas podemos situarnos por un momento en el pasado siglo, donde se empieza a visualizar un importante cambio social; podemos dar una fecha y poner rostro, a modo de ejemplo, a este desarrollo e introducir, desde la sociología, como elemento clave el declive de la figura del “padre” como representante de la ley. A partir de los años 60, en España se empieza a dar un fenómeno migratorio curioso. La gente de los pueblos se va a vivir a las ciudades. En este nuevo entorno, los hijos aprenden antes que los padres cómo moverse en las ciudades, cómo manejar las nuevas tecnologías. Comienzan a ir a una universidad gratuita y accesible a todos, y paulatinamente se da inicio a un fenómeno inverso: los hijos enseñan a los padres. El saber pasa a ser de los hijos y el padre “ignorante” se siente inseguro a la hora de transmitir su tradición y de plantear límites. A su vez, esta nueva generación de nuevos padres habrá de replantearse cómo se sitúa ante sus propios hijos.

Desde nuestra experiencia, observamos que los padres actuales, en general, no se mantienen en una posición de saber y otorgan demasiado poder (y lo hacen demasiado pronto, en ocasiones) a sus hijos. Pero lo más característico es que tienen grandes dificultades para establecer límites, dando lugar entonces a relaciones de horizontalidad; así, por ejemplo, el padre “colega” o el padre “amigo”, cuando lo cierto es que el adolescente ya tiene, o debería tener, sus propios colegas y amigos.

“Existe un acceso precoz y prácticamente en igualdad de condiciones por parte de los niños a los mismos circuitos de información, de ocio y a veces incluso, al mismo tipo de sustancias de los que disponen los adultos. Paradójicamente esta adultización del niño trae aparejado una infantilización del adulto [...], los niños se dirigen a unos adultos desorientados”, Manuel Fernández Blanco (2006). Ante la ausencia de normativas morales, son los gobiernos, la administración con sus leyes quienes suplen, en un primer momento, ese hueco. Así surge históricamente la normativa burocrática institucional. La norma se presenta como el último límite, el plazo que normaliza lo que en otros lugares no tiene límites. Todo tiende a estar burocratizado, una burocracia incluso agresiva. Dejando de lado el cambio social y el declive de la función paterna que estábamos valorando, introduzcamos

un último elemento, que no sólo nos parece importante sino que igualmente está relacionado con nuestro asunto: el capitalismo.

Vemos que el capitalismo, cual gota de aceite, lo impregna todo. Emplea un discurso que bien podríamos calificar de circular, repetitivo. No es ya el discurso del amo, ni el de la lucha por un ideal. Hubo un tiempo en que parecía que la naturaleza imponía sus límites. Uno se despertaba al alba y se acostaba al anochecer. Los tiempos, qué duda cabe, han cambiado. La espera de los ciclos ha sido sustituida por lo instantáneo, el “presentismo”. “Este cambio implica la anulación de la función psicológica de la espera, crucial para introducir un tiempo de comprensión entre el instante de la mirada y el momento de concluir”, Ubieto (2004). El capitalismo anima a consumir más y más intensamente. En un principio no tiene nada de malo, ni debemos enjuiciarlo. Lo que nos preocupa es que *no delimita*, no pone límites a las cosas, ni a las personas, ni al hedonismo en sí. Señalábamos más arriba que encontramos una fragmentación del ideal que se traduce, entre otras muchas cosas, en la diversificación de los síntomas, de una gran variedad. Ahora el capitalismo nos ofrece múltiples maneras de disfrutar, y lo que nos llama la atención es que cada una de estas maneras, en su exceso, tiene un correlato en una misma dependencia. He aquí el tema central que nos interesa. Ya no existen metarrelatos que den explicación al todo; ahora el discurso está basado en minirrelatos. Incluso la psicología plantea en sus diferentes áreas miniteorías que den respuestas parciales a problemas complejos.

Nos podemos preguntar si esto es lo que ocurre también con las adicciones, donde cada tres años descubrimos que hay una nueva forma adictiva que causa cierto revuelo y por tanto nos vemos en la tesitura de explicar que tiene un tratamiento igual que la anterior adicción, ya que las adicciones son diferentes máscaras de un mismo rostro. En vez de seguir esta secuencia que no tiene fin, ¿nos podríamos situar en una visión conjunta del problema? Hoy nos planteamos la misma pregunta ante las diferentes adicciones: compras, Internet, sexo, móviles.

Para concluir, vamos a volver al personaje de nuestra historia, Nino, ¿recuerdan?, que caracterizábamos al principio en clave de humor al plantearnos la siguiente pregunta: ¿Cómo diagnostican actualmente los clínicos? Observamos que no solamente se han diver-

sificado los ideales, sino que incluso la forma de diagnosticar se ha diversificado. Casi todo puede ser un trastorno. Así, Nino tiene, por una parte, más posibilidades de “gozar” y, a la vez, más posibilidades de ser diagnosticado de una adicción especial. En este último punto nos detendremos a lo largo de estas páginas. Intentaremos determinar, focalizar el marco individual, relacional, social y de tratamiento de un trastorno y, paralelamente, veremos si tiene sentido hablar de nuevas dependencias. Abordaremos las diferencias entre las adicciones a las sustancias y adicciones sin sustancia y, en términos generales, todo lo que culturalmente ha rodeado a las denominadas nuevas adicciones.

2

LA ADICCIÓN COMO ENFERMEDAD, TRATAMIENTOS DIRECTIVOS Y SEMI-DIRECTIVOS.

El primer interrogante que nos planteamos al abordar este tema de las adicciones es el de si son o no una enfermedad. El concepto de enfermedad se define de diferentes formas, como, por ejemplo, la simple ausencia de bienestar. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua reza de este modo: “Es una alteración más o menos grave de la salud”, incluyendo, según dice, tanto lo espiritual o moral como la lesión orgánica. En las adicciones, parece que no hay una etiología única; más bien subrayamos múltiples variables y causas, entrelazadas con factores predisponentes y precipitantes. Y, aunque tengamos tendencia a simplificar los orígenes de forma pragmática, sería incompleto entender las adicciones con una etiología única como explicación y como única respuesta.

¿Las adicciones son una enfermedad? Es algo que aún nos seguimos preguntando. Actualmente triunfa la explicación del modelo ecléctico e integrador, lo que introduce múltiples variables. La medicina, en su caso, exige una serie de requisitos científicos, entre los cuales se encuentran una etiología que suponga cambios, una sucesión de factores que sean siempre los mismos, un pronóstico y observar algún cambio significativo en el órgano correspondiente. Es decir, tienen que darse una causa identificable, un desarrollo, un tratamiento y un pronóstico. Por otra parte, en el campo de la psicología clínica y de la psiquiatría, respecto a la adicción, en principio, no existe un organismo deteriorado que determine la causa identificada como respon-

sable única. Nos llama la atención y nos llena de curiosidad cómo el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) ha definido los trastornos estadísticamente, de forma que todo lo que se sale de la media estadística entra en el terreno, un tanto ambiguo, de los llamados trastornos.

¿Y qué sucede cuando una persona recae?, ¿podemos decir que esa recaída ocurre porque la persona así lo quiere, o debemos atribuirle acaso a la misma enfermedad? Pensamos que la respuesta adecuada es que si recae, es porque lo desea. El concepto de adicción es más amplio, entendiéndose como una etiología multiaxial que engloba lo biológico, lo social y lo psíquico, fraccionando al mismo tiempo estas áreas en diferentes grados. También dependerá de la fase en que se evalúe la adicción. Según esto, entendemos la recaída como un episodio más, como la parte de un todo, como una secuela de la propia adicción. En este sentido, los conceptos de adicción y recaída son conceptos eminentemente dinámicos. Consideramos también que la adicción origina innumerables trastornos y problemas de todo tipo, sin olvidar que el responsable es el propio sujeto, y que con un tratamiento adecuado casi siempre tiene principio y fin.

Para concluir afirmamos que lo que entiende el DSM-IV como “trastornos” relacionados con sustancias, es lo que generalmente entendemos nosotros como “enfermedad”.

Esta visión de la adicción como enfermedad o no, lleva a concebir su tratamiento de diferentes formas, que podemos dividir en dos grandes estilos: las terapias directivas y las semidirectivas.

En primer lugar, las terapias semidirectivas son terapias en las que el clínico anima, dirige a las personas y al grupo, pero no se adelanta; espera la respuesta del sujeto y deja que la persona plantee su problema y tenga tiempo de elaborar su propia solución. Son terapias que escuchan a las personas, aunque también tienen un marco terapéutico delimitador que no se pone en cuestionamiento, que no se traspasa y que, por consiguiente, ayuda y da seguridad a las personas, sobre todo a aquellas que tienen más problemas con los límites, como es el caso de las personas adictas. Es un encuadre facilitador del cambio, donde se ponen en juego el deseo del paciente y la imputación de la responsabilidad del sujeto, es decir, la persona es responsable de iniciarse o mantenerse en la adicción, como igualmente lo es de resolver el problema. En este tipo de terapias el terapeuta tiene

menos control, ya que da más libertad al paciente, y, por lo general, las personas pueden plantear sus objetivos, sus metas y sus deseos. Tienen la libertad y la posibilidad de identificar su problema particular.

Las terapias directivas, en segundo lugar, son aquellas en las que el clínico dirige e impone la solución. Existen asociaciones y centros donde la rehabilitación perdura casi toda la vida, y donde, por ejemplo, un ludópata, después de no jugar durante décadas, sigue sin poder llevar monedas en el bolsillo, afirmando que él no puede hacer eso y que llevar monedas sueltas es un peligro de recaída, aunque lleve, repetimos, varias décadas sin jugar. Dicha persona puede llegar a ser el Presidente de la Asociación de Ludopatía. Curioso, ¿verdad?; pero cierto. En este tipo de agrupaciones la estructura es más importante que el proceso personal del usuario, en el sentido de que por sí misma contiene a las personas, pero sólo cuando las personas están en ella y no fuera. Casi siempre crean una forma de ser eternamente asociacionista, con un estilo dependiente del centro, al que suelen estar vinculados y agradecidos, creando una red social con los que tienen o tuvieron el mismo problema, con quienes fácilmente se identifica, y en torno a determinadas figuras y líderes que suelen ejercer una función protectora. Desarrollan un estilo de vida identificado con la enfermedad, llamándose a sí mismos enfermos después de décadas de rehabilitación y abstinencia, viviendo como verdaderos enfermos en su manera de pensar, actuar y sentir. Es éste un enfoque sin duda pesimista y determinista en cuanto a su futuro, y reduccionista en cuanto a sus propias posibilidades, subestimando las capacidades y potencialidades, o más bien anulándolas, ya que no cabe lugar para la creación, ni para la evolución, ni la significación, ni el sentido, ni la responsabilidad sobre su vida. En esta línea nos viene a la memoria aquella anécdota del clínico que dice a su paciente: “Haga como yo, invierta en bolsa”. Es un sistema que no ayuda a ganar en independencia, puesto que es el terapeuta quien marca la línea, dicta la orientación, modela el estilo de toda la vida, lo cual no ayuda a ganar en autonomía. El proceso, como decíamos, no tiene fin: uno es enfermo toda la vida. Además, son tratamientos rigurosos que, por lo general, no permiten la recaída. Está prohibida, y suele acontecer que cuando ésta se da -algo, por cierto, que ocurre con frecuencia-, abandonen el centro o no retomen el tratamiento, motivados acaso por la vergüenza, el miedo, la culpa, etcétera, y perdiendo así la gran oportunidad de

trabajar lo que ha pasado, de encontrar el sentido de lo ocurrido y de dar significación al problema.

Las terapias directivas nos hacen preguntarnos algo muy importante: ¿Qué dependencia está en juego, la del clínico o la de la persona en tratamiento? Tenemos muy claro, desde nuestra experiencia clínica, que el modelo directivo que da el control y el poder a los terapeutas, psicólogos y psiquiatras, no ayuda a que los pacientes generen alternativas a lo que les pasa, no ayuda a potenciar su propio control ni a que tomen sus propias decisiones; sirve para muy poco, aunque aparentemente y a corto plazo pueda surgir algún cambio en las personas. Llevamos quince años trabajando con personas adictas y podemos afirmar que los modelos directivos sirven efectiva y puntualmente en algunos casos, pero los semidirectivos son los más eficaces a medio y largo plazo. Cabe señalar también que las adicciones han sido campo abonado para la alineación de las personas, franqueándoles la entrada a todo tipo de sectas y organizaciones. Nada más propicio que una supuesta rehumanización dirigida desde un modelo “iluminativo”. Nada más propicio y jugoso que la propuesta de una nueva identidad bajo los auspicios de una nueva creencia, sean cuales fueren la doctrina y la escena, y nada más fácil que personas vulnerables, como son las personas con problemas de adicción, para manipular y propiciar en ellas una nueva identidad a medida de lo que se pretenda y en torno a unos pseudo-valores impuestos.

Las primeras comunidades terapéuticas semidirectivas democráticas para el tratamiento de las adicciones, fueron las europeas. En su origen eran “medio- sanatorios”. Tantearon diferentes formas de actuar. Algunos observaron la importancia de implantar un cuidado especial para gente muy deteriorada. Ernst Simmel, en los años veinte, creó un modelo terapéutico en Tegel (Berlín), donde el personal informaba de los actos de los pacientes, especialmente toxicómanos. “Paralelamente, se restringía expresamente la vida pulsional de los pacientes, es decir, nada de relaciones sexuales, prohibición de consumir alcohol, dietas estrictas y otras limitaciones análogas”, Álvarez, Esteban, Sauvagnat (2004). Restricciones parecidas a las de las comunidades actuales.

En Europa se erigieron dos modelos semidirectivos, uno continental y otro inglés. “El primero de ellos, el modelo continental de ‘terapia activa’, retoma y amplía un modelo clásico -el antaño pro-

puesto por Griesinger-, consistente en exigir a los enfermos su activa participación en los trabajos agrícolas o en el mantenimiento de la institución, elaborándose una graduación de tareas según la evaluación de los pacientes [...]”, Álvarez, Esteban, Sauvagnat (2004). Este modelo continental cuajó en países como Suiza y se le fueron añadiendo responsabilidades y medidas democráticas. El modelo inglés, siguiendo el procedimiento iniciado por el psicoanalista Wilfred Bion -donde también había talleres grupales de discusión-, evolucionó pronto hacia posiciones más democráticas, como las continentales. Después de la segunda guerra mundial, Europa mira a USA, buscando uno de los muchos nortes que había perdido. En el caso de los tratamientos de las toxicomanías, dirige su mirada hacia los enfoques de la fundación *Synanon* y posteriormente a *Daytop*, comunidades ambas nacidas en los años 60. Y lo que se nos devuelve de Estados Unidos son unas terapias marcadas por un estilo más agresivo y directivo. *Synanon*, por ejemplo, surgió de la escisión de los alcohólicos anónimos, escisión que se produjo bajo el intento de mejorar la terapia con un nuevo colectivo, el de los dependientes de opiáceos. En cuanto al tratamiento, era un método directivo con una fuerte jerarquización. Seguían un sistema fundamentado en la identificación masiva entre enfermos y, por consiguiente, no admitían a profesionales de la clínica. Como terapia, usaban la que se ha denominado “terapia de ataque” o “de confrontación”, muy agresiva, bajo la ingenua finalidad de descubrirse a uno mismo. Con el tiempo derivó en un colectivo estático y sectario. *Daytop*, con un modelo similar en un principio, evolucionó de forma diferente, integró en el equipo de profesionales a pacientes rehabilitados, lo cual supuso un cambio alternativo y revolucionario en el modo de entender las adicciones y en el de la práctica psicoterapéutica, siguiendo el modelo holístico del psiquiatra inglés Maxwell Jones, quien también participó en los cambios de la psiquiatría en el tratamiento de los hospitales psiquiátricos a partir de 1968, cuando él era supervisor del Hospital Diglenton, en Escocia. Esta es una parte importante de la herencia recibida, con sus sombras y sus luces. En la actualidad, en nuestro país existen diferentes formas de entender el tratamiento. Por una parte, la de aquellos clínicos que siguen los modelos coercitivos o autoritarios; por la otra, la de quienes utilizan modelos más optimistas que trabajan sobre los supuestos de las personas, con sus propios recursos, haciendo hin-

capié en la relación terapéutica y facilitando el cambio emocional, teniendo en cuenta el momento motivacional y de cambio en que se encuentra el paciente, así como su sistema familiar, y otorgándole siempre el protagonismo. Es el modelo por el que nosotros abogamos, pues nos parece profundamente humano y, al mismo tiempo, riguroso a la hora de la práctica psicoterapéutica.

3

EL MODELO BIOLÓGICO Y LA ATRIBUCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD

El modelo biológico enseña que en la adicción hay desajustes en determinadas áreas del cerebro por carencias o distorsiones de algunos de sus neurotransmisores, existiendo mecanismos fisiológicos que refuerzan el placer y rechazan el dolor y que, a su vez, alteran las manifestaciones de la conducta. Pero ¿qué queremos decir cuando afirmamos de alguien que ha perdido el control, como le sucedía a Nino, el protagonista de nuestra historia? Señalábamos lo siguiente: *“Empieza a tener fallos en la concentración; comienza a no saber diferenciar lo superfluo de lo importante cuando va de compras: a no saber si el tomate es en efecto lo que necesita o si lo son las patatas fritas o los pepinillos”*. Veamos lo que la ciencia biológica nos dice sobre el origen de la pérdida del control.

En un principio indica que es atribuible a cierta neuroquímica en el sistema serotoninérgico y a la actuación de la dopamina como neurotransmisor en el sistema dopaminérgico meso-cortico-límbico, responsable de recompensas en forma de reacciones químicas. Dicho sistema no es algo aislado. Así es como el sistema cerebral de Nino comienza a alterarse y a no entender qué le pasa. El sistema de recompensa cerebral consta de cuatro regiones diferentes del sistema nervioso central: “el haz prosencefálico medial, el área tegmental ventral, el hipotálamo lateral y algunas áreas de la corteza prefrontal”, Ramos (1993).

Desde que Olds (1955) estimulara con electrodos el área septal del rinencéfalo de una rata y ésta se autoestimulara continuamente durante 62 horas sin comer ni beber (encontrando un centro del placer), no se han interrumpido los estudios que intentan relacionar estas variables, como tampoco se ha dejado de descubrir nuevos fármacos. “El origen de este concepto data de la década de los 50, cuando James Olds y Meter Milner realizaban experimentos con ratas para tratar de comprobar si existía alguna relación entre un centro cerebral llamado formación reticular y la motivación y aprendizaje. Para ello, implantaban unos electrodos en este núcleo y ponían a las ratas a hacer una tarea, que era apretar una palanca. Cuando la rata apretaba la palanca, una pequeña descarga eléctrica se aplicaba al electrodo. Pero en uno de sus experimentos, colocaron el electrodo de manera errónea [...], y se sorprendieron al comprobar que el animal apretaba la palanca sin parar”, Tirapu, Landa, Conde (2004). Habían encontrado una zona cerebral que estaba relacionada con la recompensa y el placer. Cuando hay estímulos intensos, ya sean dolorosos o placenteros, generamos otra sustancia, la dopamina.

Otras hipótesis plantean la posibilidad de que en una situación de estrés haya una descarga de endorfinas y, aunque el estímulo estresor no esté presente, el solo recuerdo produzca una autodescarga en el organismo, lo que sería el caso de los *flash back* (recuerdos breves en el tiempo de los hechos traumáticos que acuden a nuestra mente reexperimentándose de forma muy intensa), que suelen darse en el Trastorno de Estrés Postraumático (una autodependencia): si esto se mantiene, lleva a conductas repetitivas que tienen relación con el sistema opioide. Este modelo puede servirnos también para explicar conductas tales como, por ejemplo, los vómitos en los trastornos alimentarios.

Explorando el campo de las drogas, los clínicos franceses Leroux y Jean Adès señalan “la búsqueda de sensaciones” como la mejor característica de la personalidad para explicar las dependencias, sobre todo de los que toman psicoestimulantes, como cocaína y anfetaminas, sustancias que recompensan determinadas áreas del cerebro. Fundamentan su opinión en que hay una correlación positiva entre puntuar alto en un cuestionario de búsqueda de sensaciones (BS) y el consumo de drogas psicoestimulantes. La búsqueda de sensaciones se relaciona también con las teorías coetáneas del umbral óptimo. Entre ellas encontramos la teoría de la regulación que, a su vez, nos

recuerda las teorías homeostáticas de principios de siglo, de forma que un exceso de sensaciones conduciría a la dependencia y, por defecto, a la angustia, el aburrimiento y el paso ralentizado del tiempo. “La búsqueda de sensaciones es un rasgo definido por la necesidad de sensaciones y experiencias variadas, nuevas y complejas y la voluntad de asumir riesgos físicos y sociales con tal de satisfacer esta necesidad”, Zuckerman (1979).

Los psicofármacos, a la hora de los tratamientos, son otro aspecto importante a tener en cuenta, y resulta interesante que al mismo tiempo surjan voces críticas, a pesar de que su evolución y mejora haya sido grande: “El significado social y el uso prevalente de los psicofármacos son algo ajeno, hablando rigurosamente, a la terapia. La casi totalidad de los psicofármacos es producida como propaganda y vendida del mismo modo y con los mismos fines que las bebidas alcohólicas, los cigarrillos y el café, es decir, para soportar las contradicciones de la vida cotidiana. Incluso en los *slogans* publicitarios, no existe ninguna diferencia entre la publicidad de un aperitivo ¿contra el desgaste de la vida moderna? y las frases de los impresos para los médicos, en las que cualquier tranquilizante es recomendado ¿contra el estrés psicofísico de la ciudad y de la industria?”, Jervis (1979). En este sentido hacemos una llamada de atención a nuestros lectores sobre lo que se suele denominar la clínica de la suplencia. “Algo que con frecuencia intentamos descifrar. Vuelve al placer para evitar la nada, [...]. Ante un *impasse* un sujeto puede ir a la farmacopea. Esto sería resolver un goce con otro goce”, Andrés Borderías (2003). Así pues, retomando una vez más a nuestro ya querido personaje Nino, vemos que necesita descaradamente un tratamiento, pero éste puede ser de varios tipos: o bien puede necesitar un *decalage* farmacológico que se caracteriza por ser un tratamiento corto en el tiempo y con una disminución progresiva y pautada de la medicación que lo ayude a frenar sus síntomas, o bien puede necesitar un tratamiento farmacológico más prolongado en el tiempo; también, simplemente, puede valer con un tratamiento psicoterapéutico. Todo eso se evaluará en los primeros encuentros con Nino, en los cuales se determinará la gravedad de su trastorno. Y así las cosas, los clínicos nos preguntamos: ¿Qué debemos priorizar? ¿Lo farmacológico quizás? En este caso dada la gravedad de Nino, “Funebrín 500 mg” sería lo más adecuado. Sin embargo, nosotros pensamos que es, al mismo tiempo,

necesario tener en cuenta aspectos como la motivación, sus emociones y sentimientos distorsionados o su responsabilidad de cambio, ya que la sustancia no puede suplir semejantes estados. Decíamos que hay que tener en cuenta que una cuestión clave en el tratamiento psicoterapéutico es determinar que el sujeto no supla una dependencia por otra. Así observamos que los fármacos amortiguan la sintomatología y apaciguan la angustia, pero también pueden producir dependencia. Es asunto, pues, de cada psiquiatra la importancia que se dé a una u otra cosa. Lo ideal sería no tener que medicar, y en el caso de hacerlo, realizar un *decalage* que permitiese la desconexión por un tiempo de los rituales compulsivos del paciente, tiempo necesario para poder comenzar a entender y simbolizar lo que le está ocurriendo. Si necesitara medicación, habría que observar las atribuciones que el paciente hace de ella. Es importante que la curación dependa de los cambios y movimientos que hace el propio paciente y no de factores externos e inestables como la medicación. Es importante lograr que nuestro protagonista comience a expresar lo que le ocurre.

“Algunos antidepresivos, además de cambiar el tono deprimido de humor, tienden también a producir excitación y euforia, y pueden, por consiguiente, ser utilizados conscientemente para obtener alteraciones mentales, lo que favorece la aparición de toxicomanías. Otros (los más usados) tienen, en cambio, un efecto tranquilizante. Los psicoestimulantes son excitantes: su utilidad clínica es muy discutible, y con frecuencia resultan peligrosos. Algunos de ellos provocan con facilidad toxicomanía”, Jervis (1979). Por otro lado, están muy claras las ventajas de determinadas medicaciones en los drogodependientes, como es el caso de la naltrexona o la metadona. El más usado es la metadona, un compuesto químico sintético, agonista opiáceo, que permite a estas personas estabilizarse, salir de la espiral en la que están, volver a trabajar, ahorrar dinero, recuperar su salud, iniciar otro tipo de tratamiento psicológico, ingresar en centros terapéuticos, etcétera. La farmacología puede ser un apoyo siempre y cuando se haga de una forma racional.

Para concluir este apartado, vamos a explorar otro tema, quizás un tanto difícil: el de la responsabilidad. En los años 80 se insistió mucho, debido en gran medida a la fuerte presión social, en considerar las adicciones como una enfermedad. En consecuencia, y enfocado desde un modelo médico sanitario, el Estado tendría que tomar cartas en el

asunto, ya que el sujeto no es totalmente responsable, y el Ministerio de Salud Pública tendría “una verdadera responsabilidad” sobre los afectados: hacerse cargo de su salud y destino. Algunas comunidades, como es el caso de la Comunidad Valenciana, Ley 3/1997, consideran enfermos a las personas drogodependientes o que padecen trastornos adictivos.

Entender las conductas adictivas como una enfermedad tiene repercusiones importantes en cuanto a cómo abordar su tratamiento y en cuanto a quién se le imputa la responsabilidad. Curiosamente, si existe un “trastorno” donde esté manifiestamente en juego el concepto de la responsabilidad, ese es el de las adicciones. ¿De quién es la responsabilidad? ¿Está indefenso el sujeto ante la “enfermedad”? ¿Nos es dable atribuir la dolencia a un cúmulo de variables sociales y demográficas? ¿Tiene la marginación algo que ver con todo esto? Por un lado, el Estado se encarga de su atención; por el otro, planteamos que sólo un clínico especialista en psicología clínica o psiquiatría tiene ese supuesto saber o facultad para sacar a estas personas de su estado de dependencia, lo cual niega de nuevo la libertad, el empuje y la responsabilidad al sujeto. Se da por supuesto, desde esta óptica paternalista, que el sujeto por sí sólo no logrará salir del hoyo. Hemos logrado que ahora también sea dependiente del sistema sanitario y del clínico que lo trata. El sistema mismo hace impotente al sujeto, cuestión paradójica que tendrá que tratarse en terapia, según proceda en cada caso. La responsabilización es un concepto no delimitado que impregna todas las áreas y capas sociales y abarca, a su vez, todas los tipos de adicciones. Las leyes, apoyándose en el criterio de “enfermedad”, lo vinculan a la no “responsabilidad”, queriendo expresar con ello que hay una evidente falta de libertad; por tanto, el sujeto no siempre es responsable de su estado, y hablarán entonces de causas eximentes y atenuantes, incluso eximentes totales -aunque sean difíciles de demostrar-, creando un verdadero dilema ético y clínico.

Pocos modelos terapéuticos dejan claro de quién es la responsabilidad y a quién se le imputa. “Freud preguntó en una situación: ¿Y cuál es su implicación en este desorden del que viene quejándose aquí? Freud atribuyó así a ese sujeto la responsabilidad de su malestar, pero también la responsabilidad de querer salir de ese malestar”, José María Álvarez (2003).

Sea o no una enfermedad, el sujeto es el responsable. Y ésta es la paradoja de las conductas adictivas: el sujeto tiene una enfermedad pero sin duda es responsable de ella y de quien depende salir de ella. Este es un debate antiguo sin resolver, aunque haya quienes sigan afirmando que la droga es la responsable de todo y que uno es adicto toda la vida, nosotros consideramos que ambas cosas son erróneas, la droga no es la responsable de todo, ni un adicto debe considerarse un enfermo para toda la vida, puesto que con un buen tratamiento puede llevar una vida normalizada, aunque deberá cuidarse.

4

DEL USO AL ABUSO. LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE

Hace unos años se utilizó el concepto de vicio o manía al hablar de adicciones. “*Manías*” era un sufijo de uso múltiple, tanto para las morfínománias, toxicománias, como para las famosas monománias. Se sigue usando hoy en los trastornos del control de los impulsos como la tricotilomanía o la piromanía.

Uso, Hábito, Abuso, Dependencia, Tolerancia, Adicción

Generalmente se ha diferenciado entre uso, abuso y adicción. Empleamos *uso* cuando no hay complicaciones, problemas o sufrimiento para la persona. Podrá ser ocasional, de uso social, de uso controlado, de uso casual. Se habla de *abuso* cuando hay exceso, cuando hay un uso continuado, regularizado, que aumenta, se incrementa, empleando en ello bastante tiempo, de forma tal que la persona comienza a evitar determinadas situaciones sociales. Un ejemplo: actualmente encontramos situaciones de abuso de Internet o abuso de los videojuegos, pero son muy escasos por ahora los casos de adicción bien fundamentados. Muchas veces no están claros los límites, ya que es una cuestión de grado o *continuum*. Charlar tranquilamente con los amigos cinco horas, ¿es un abuso?; y charlar en los *chats* de Internet, ¿lo es también? ¿A partir de cuántas horas de “uso” de la televisión se puede empezar a hablar de abuso? ¿Acaso el exceso de

un día, de un mes, puede servir para aplicar un criterio diagnóstico? ¿Dónde está el límite?

Las *dependencias* son sutiles. “El síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias”, CIE-10 (OMS-1992). Implica *tolerancia* y *abstinencia*. La *tolerancia* quiere decir que cada vez se necesita algo más de sustancia para sentirse bien; la *abstinencia*, por su parte, significa que cuando no toma la sustancia le resulta insoportable y su cuerpo lo expresa hasta físicamente. La dependencia física consiste en algo tan sencillo como que algunas personas precisan, por ejemplo, proporcionarse insulina. Sin embargo, la dependencia psicológica no depende de sustancia o tóxico alguno, no hay sustancia externa que modifique el organismo y, aunque implica cambios químicos, viene cargada, sobre todo, de un alto contenido emocional, siendo en muchos casos el preludio de una adicción. En la *adicción* se da otra suerte de matices, y tiene una mayor desestructuración e impulsividad. Hay un uso compulsivo, un incremento excesivo, y con efectos más negativos. Por eso es muy importante en la terapia tratar en un primer momento el aspecto impulsivo e inmediatamente después la dependencia.

La dependencia es, en definitiva, creer que necesitas algo, y la expresión más frecuente que escuchamos al respecto es esta: “Me moriré si no lo tengo”. A estas alturas a nuestro mítico protagonista Nino, le fueron pasando algunas de estas cosas de un modo escalonado: primero el uso, después el abuso de acudir a velatorios y entierros y, finalmente, la dependencia y adicción, con sus síntomas de tolerancia y abstinencia. Terminó por desconocerse tanto a sí mismo que, para sorpresa suya, no podía dejar de hacer lo que hacía. Sobre la personalidad dependiente, “Karl Abraham (1927) habló del carácter oral de los individuos dependientes [...]. Antes, Kraepelin habló de la personalidad abúlica y, poco después, Kurt Schneider se refirió a la personalidad insegura”, Enrique Rojas (2001). En definitiva, la persona dependiente cree que sin el otro no puede vivir, es decir, el otro será en quien deposite toda su esperanza. El otro tomará las decisiones oportunas. El sujeto interpelará de mil sutiles formas a ese otro para que sea éste quien actúe, quien domine, quien guíe, quien inicie los proyectos y se responsabilice de los riesgos. Necesita al otro para completarse, creando una especie de existencia simbiótica. Tiene una gran dificultad de afrontar la vida por sí mismo, así como de encarar

la difícil tarea de la *pérdida*. Podríamos decir que se da en estas personas una especie de “fobia” a la autonomía.

Nos viene a la memoria en este instante el caso curioso de aquella madre que acompañaba diariamente a su hijo hasta la puerta del colegio, llevándole siempre sus libros. Algo que no tendría nada de extraño si no fuera porque el joven había cumplido los 18 años. Este individuo ahora, a sus 42 años, sufre graves problemas de alcohol, y nunca en su vida ha ido a comprar a un supermercado, pese a que vive cerca de uno; siempre ha estado protegido y, en numerosas ocasiones, fue exculpado por sus padres de cualquier incidente que pudiera imputársele. Un hombre, pues, tutelado sobremanera, que no podía manifestar ni su valía ni su autonomía

Criterios para el diagnóstico de F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6]

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, y que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1 Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con el constante consejo y la reafirmación por parte de los demás.
- 2 Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
- 3 Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: no se incluyen los temores o la retribución realistas.
- 4 Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades, más que a una falta de motivación o de energía).
- 5 Va demasiado lejos llevando su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
- 6 Se siente incómodo o desamparado cuando está solo, debido en parte a sus temores exagerados de ser incapaz de cuidar de sí mismo.
- 7 Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
- 8 Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Se pueden esgrimir además multitud de matices, tales como: falta de “madurez”, “temor al abandono”, CIE-10, sentirse desprotegido, miedo a la responsabilidad y a la toma de decisiones. Podemos decir que tiene “sentimientos de incomodidad o de saberse desvalido cuando está solo”, DSM-IV. Tiene poca responsabilidad o la rechaza, carece de tolerancia a la frustración, es extremadamente sensible y, en ocasiones, altamente hipersensible ante las críticas, es miedoso, su autoestima es débil y posee escasa confianza en sí mismo. Sus movimientos y esfuerzos se dirigen a que el otro lo cuide. Es agradecido a los demás hasta el punto de no mostrarse en desacuerdo con casi nada. Se encadenará a una larga sucesión de ideas irracionales, y ello únicamente con el fin de no enfrentarse a los otros ni a sus propios miedos. Perderá sus límites cuando se relacione con los demás; se disolverán, se fundirán, se disiparán las fronteras que lo separan, entrará en una confusa identidad que engloba dos identidades a la vez. Esto que sucede a una persona también puede ocurrir con un grupo, una organización o un territorio que lo ayuda, lo protege y le evita aparentemente innumerables problemas, adscribiéndose y apoyándose en algo de mayor prestigio, algo que está definido y claro.

En ocasiones se ha utilizado la palabra simbiosis para explicar la relación patológica, donde uno de los dos “se siente íntegramente una parte y padece una vivencia inadecuada de sí mismo en su condición de todo”, Minuchin, Fishman (1983). Suelen ser personas especialmente imitadoras, las cuales, por otra parte, podrían adscribirse dentro de lo que algunos autores llaman “eterno maternaje”, cuyo “centro de gravedad es la sumisión”, Millon (1998). A la hora del diagnóstico, siempre tendremos que analizar caso por caso.

Entendemos que no todos los adictos puntúan en los cuestionarios psicodiagnósticos como para ser diagnosticados de trastorno de personalidad dependiente. Por otro lado todas las personas adictas tienen un fuerte componente dependiente aunque no lleguen a cumplir los criterios para ser diagnosticados de dicho trastorno. Y por último, obviamente no todas las personas diagnosticadas con un trastorno de personalidad dependiente se hacen adictas.

5

**ADICCIONES Y
DISFUNCIONES SEXUALES**

Los estudios sobre las adicciones han omitido, en general, el área referente a la sexualidad en cualquiera de sus aspectos. Si bien es cierto que dichos estudios no abundan en España, tenemos que subrayar al menos que son muy escasos en particular los estudios sobre adicciones y sexualidad. Esto se traduce en una falta considerable de información acerca de las disfunciones sexuales en personas que padecen una adicción. En el siguiente apartado vamos a adentrarnos en el tema de forma breve.

Podríamos afirmar que todos los trastornos adictivos, con o sin sustancia, tienen un proceso patológico subyacente compartido, que puede ser expresado en una o más manifestaciones conductuales, es decir, que presentan similares características. Efectivamente, habrá algunos que conlleven un grado mayor o menor de severidad y de desestructuración personal, pero todos seguirán casi idénticos caminos, como los afluentes de un mismo río o como las ramas de un mismo árbol. También pensamos que los trastornos adictivos no son cardinalmente específicos, esto es, no dependen del tipo de conducta sino de cómo la conducta se relaciona con la vida de la persona, relación que depende a su vez de lo genuino de cada ser humano. Así, por ejemplo, la adicción sexual sería un trastorno adictivo en el que la conducta se utiliza adictivamente, causando placer y otorgando a la persona un escape del profundo malestar interno que padece; es, pues, una forma de conducta sexual. Podríamos decir que la adicción sexual

ha sido conceptualizada (Schwartz y Master 1994) como un desorden en la intimidad sexual manifestada con un ciclo compulsivo de preocupación, ritualización y desesperación (Carnes, 1983) que incapacita al individuo para una relación íntima adecuada, donde el origen del desorden podría haberse desarrollado en los vínculos tempranos con los cuidadores primarios (Schwartz, 1996; Carnes, 1983, 1991), como señala María Bernarda Romero, Universidad John F. Kennedy (2006).

Venimos a concluir que todas las adicciones producen efectos parecidos, aunque el origen y las causas de su aparición sean diferentes y particulares para cada persona. Todas generan una sintomatología similar y todas producen irritabilidad, angustia, miedo y desequilibrios emocionales graves, teniendo además unos efectos sobre la libido que ocasionan disfunciones sexuales de mayor o menor gravedad.

5.1. Cerebro, hormonas y sexualidad

Aunque ya hemos tocado este tema al hablar del modelo biológico, vamos a incidir un poco más en él. Se plantea la hipótesis de que existe un sistema neuronal único que es también el centro de la patología adictiva: el sistema cerebral de recompensa. Este sistema está formado por las vías ascendentes mesolímbicas dopaminérgicas y opiodérgicas, y relaciona estructuras en la corteza cerebral tales como el tálamo, ganglio basal y sistema límbico.

Como pruebas que demuestran esta hipótesis, sabemos que el sistema cerebral se ve afectado por muchas clases de drogas, opiáceos, psicoestimulantes, como cocaína y anfetamina, etanol, barbitúricos, benzodiacepinas y nicotina, etcétera. Entendemos que hay algo de particular en cada adicción con o sin sustancia, pero todas seguirían el mismo circuito, que también está implicado en el efecto reforzador de los alimentos y la conducta sexual. Según esto, las diferencias en la susceptibilidad individual a la adicción serían entendidas como anomalías de este sistema cerebral de recompensa. En este sentido los reforzadores son los mismos tanto para las drogas como para las conductas placenteras. Existiría, pues, un mecanismo compartido para las adicciones con o sin sustancia. Cabe también preguntarnos si las adicciones, con el conjunto de conflictos psicológicos graves que

llevan asociadas, influyen de alguna manera en los trastornos hormonales. Las pocas investigaciones que conocemos parecen revelar que sí. Por otra parte, ya hemos indicado que las adicciones, pese a sus variantes y matices determinados, tienen una columna única común y efectos comunes en la sexualidad. El sistema endocrino juega un papel fundamental en la maduración sexual y reproductiva, así como en la regulación del deseo y funcionamiento sexuales. El sistema endocrino y el cerebro ejercen un efecto combinado sobre la coordinación y el comportamiento sexual. Las hormonas, con la inclusión de la FSH, la LH, la ICSH, la LTH, los estrógenos, la progesterona y los andrógenos, juegan un papel vital en el proceso de maduración y crecimiento sexuales. Las deficiencias de testosterona pueden provocar una caída del deseo sexual, (Bancroft, 1978; Kolodny, Masters y Johson, 1979) y el exceso puede realzar el interés sexual. Un exceso de estrógenos en el varón reduce de manera espectacular el apetito sexual, a veces con menoscabo de la erección, o provoca incluso el agrandamiento de los pechos (Masters, Johnson, Kolodny, 1992).

5.2. DROGAS, MEDICAMENTOS Y SEXUALIDAD

Tanto las drogas como determinados medicamentos tienen sus efectos en mayor o menor intensidad sobre la libido de las personas adictas.

Así, por ejemplo, la amitriptilina, la imipramina, el doxopin, la desipramina y la nortriptilina son cinco antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina y norpinefrina, que tienen un efecto ligero (<5% pacientes) en las disfunciones sexuales; por otra parte, la venlafaxina, que es un bicíclico, la fluoxetina, la paroxetina y la sertralina, que son inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y también antidepresivos, cuyos efectos en las disfunciones sexuales son algo mayores aunque aún se consideran de baja frecuencia (5-20%), *The New England Journal of Medicine* (2000). Todos ellos afectan a los sistemas serotoninérgicos.

Clínicamente, los trastornos adictivos comparten no sólo la sintomatología sino también el desarrollo progresivo, la relación entre el trastorno y otros aspectos de la vida del paciente y las formas en que estos pacientes se relacionan con los demás y consigo mismos. Aviel Goodman explica todo esto ampliamente en su estudio "Diagnóstico

y tratamiento de la adicción sexual” (1993). Pero, pese a esta composición con características comunes que esbozamos, cada experiencia, es decir, la vivencia subjetiva del paciente, es única.

5.3. ADICCIONES CON O SIN SUSTANCIAS Y DISFUNCIONES SEXUALES

Un impulso sexual normal requiere la integridad anatómica y fisiológica del cerebro y específicamente de los centros sexuales. Los factores fisiológicos más comúnmente asociados a las disfunciones sexuales son la depresión, los estados graves de estrés, ciertas drogas y enfermedades, y un bajo nivel de testosterona. Es quizá la depresión la causa psicológica más común en las disfunciones sexuales, que conlleva trastornos del sueño, del apetito y de la libido. Las crisis y el estrés van asociados a una depresión fisiológica del aparato sexual. En nuestras actuales investigaciones, estamos advirtiendo que los trastornos paranoides y la depresión son las patologías más detectadas, lo cual se debe o es atribuible muy probablemente a la epidemia de la cocaína. Hemos de recordar el informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) realizado en el año 2006, sitúa a España a la cabeza en el consumo de cocaína en Europa. Pero lo que deseamos destacar es que precisamente existe una fuerte correlación entre depresión y disfunciones sexuales, y que, a la hora del tratamiento, se debe poner más atención en la actualidad a este apartado.

El adecuado funcionamiento de los centros sexuales depende de un delicado equilibrio de sustancias neurotransmisoras, serotonina y dopamina, de hormonas sexuales específicas y pituitarias y, probablemente, también de ingredientes químicos todavía no descubiertos. Cualquier cosa que altere estos equilibrios puede dar como resultado un mal funcionamiento de los centros y que deprima la libido, Kaplan (1982). Dado que la actividad de los centros sexuales depende de la testosterona, un nivel insuficiente o el hecho de que no esté fisiológicamente disponible puede producir, tanto en hombres como en mujeres, una disminución del interés sexual. En este sentido resaltamos que los conflictos psicológicos asociados a las adicciones son, con mucha frecuencia, la causa de las disfunciones sexuales, algo que no se suele tener en cuenta.

El miedo a que la persona sea rechazada, la angustia y los traumas psicológicos no solucionados en el tiempo, suelen ser causas comunes que subyacen en las disfunciones sexuales asociadas a las adicciones con o sin sustancias.

5.4. TRATAMIENTO

Cuando un paciente demanda tratamiento, lo primero que hay que hacer es un buen diagnóstico, tanto del tipo de adicción como de las posibles disfunciones sexuales que pueda presentar, lo que requiere una detallada exploración de los trastornos afectivos y ansiosos y de los síntomas psicóticos o trastornos de personalidad. Es importante su historia, tanto clínica como personal. Teniendo como referencia la información básica del cuadro clínico y de su anamnesis, el tratamiento debe dirigirse tanto a la conducta sexual como al proceso adictivo atendiendo siempre éste en primer lugar y teniendo en cuenta, si toma algún fármaco, los efectos que puedan derivarse.

Sería complicado trabajar terapéuticamente con Nino, el personaje de nuestra historia, desconociendo los efectos farmacológicos secundarios del “Funebrín 500 mg”, un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, que influye en su conducta y en su libido, aunque sea moderadamente. Por supuesto, antes hay que trabajar con el paciente, utilizando el modelo terapéutico que sea más adecuado y se ajuste mejor a su problemática, de modo que pueda dar salida a los conflictos psicológicos que, frecuentemente, suelen ser graves. Una vez elaborados dichos conflictos, podremos abordar la pérdida de la libido y las disfunciones sexuales asociadas a las adicciones con o sin sustancias.

Para concluir, se nos ocurren varios interrogantes: ¿Es nuestra sociedad más sexomaníaca que las anteriores? ¿Podemos afirmar que una “mayor permisividad” conlleva mayores efectos y trastornos adictivos y disfunciones sexuales? Una moral restrictiva y punitiva de la conducta sexual, ¿favorece el desarrollo del individuo y la sociedad sanos? ¿Qué criterios deben conformar las leyes que regulan las conductas sexuales de una sociedad? ¿Los derechos sexuales de las personas son derechos universales?

Una mayor información, tanto en el campo de las adicciones como en el de la sexualidad, se traduce en una mejor salud sexual y calidad de vida.

También nos preguntamos por la formación en sexualidad de los clínicos que trabajan con personas adictas. Los propios prejuicios llegan a tener más fuerza que el deseo de curar. A clínicos y sexólogos todavía nos queda mucho por investigar y un largo camino de colaboración en este campo.

5.5 CONCLUSIONES

1.- Todas las adicciones con o sin sustancia tienen una repercusión más o menos grave sobre la libido del paciente y generan distintos tipos de disfunciones sexuales que provocan malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Puede tratarse de trastorno del deseo y de la excitación sexuales, así como del orgasmo, o producir dolor.

2.- Una parte importante de las disfunciones sexuales asociadas a las adicciones tienen una etiología psicológica relacionada con el miedo al rechazo, la pérdida o la separación, lo que el DSMIV reconoce como trastorno sexual primario.

3.- El alcohol, la anfetamina, la cocaína, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos o ansiolíticos y otras sustancias (o desconocidas) (532 DSMIV), hoy podríamos hablar del GHB, el tiburón, la ketamina, el metacristal, producen trastornos sexuales.

4.- Los trastornos sexuales tienen una relación directa con los trastornos de identidad y personalidad en las personas adictas.

5.- Una causa significativa de la adicción a las drogas suele ser el abuso sexual en la infancia o adolescencia, lo que a su vez genera disfunciones sexuales posteriores. Nuestra experiencia nos dice que hay una correlación alta entre abusos y consumo de drogas.

6.- Los tratamientos tanto a nivel individual como grupal, en este caso en pequeños grupos y libremente elegido, siguiendo modelos eclécticos, han sido los que mejores resultados han dado.

7.- Un cierto porcentaje de disfunciones sexuales en las persona adictas están asociadas a la falta de higiene y a una desinformación elemental.

8.- La falta de comunicación en la pareja es otra de las causas importantes de disfunciones sexuales en personas adictas.

9.- La formación en sexología de los clínicos que trabajan con personas adictas ayuda en un porcentaje elevado a la mejora de la calidad de vida de dichas personas.

6

**EL CONTROL DE LOS IMPULSOS
Y ADICCIONES**

Tanto los criterios diagnósticos americanos DSM como los criterios internacionales CIE, ceden un amplio espacio de sus páginas a todo el abanico de trastornos inducidos por sustancias (alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cánnabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).

Por otro lado, los trastornos adictivos sin sustancia no son incluidos dentro del control de los impulsos, y nos llama la atención que en la actualidad no exista un espacio para el diagnóstico de la “adicción” como tal en las clasificaciones internacionales y sí para el control de los impulsos. El DSM y CIE se han impuesto como ideología dominante, como catalogadores oficiales de las enfermedades y trastornos mentales tratados desde el punto de vista estadístico, es decir, que todo lo que se sale de la media y de sus varianzas es un trastorno. Y todo esto sintetizado en grupos sindrómicos. Así que podemos decir que un paciente tiene un trastorno cuando cumple la serie de síntomas correspondientes.

Por lo que respecta a los llamados trastornos del control de los impulsos, éstos engloban: la piromanía, la cleptomanía, la tricotilomanía, el trastorno explosivo intermitente y la ludopatía, aceptada por la OMS en el año 1980 e introducida en el DSM III-R, APA (Asociación Americana de Psiquiatría) tres años después. Desde hace tiempo, el epígrafe “Trastorno en el Control de los Impulsos”, se ha quedado corto a la hora de entender las adicciones. Encontramos que

el diagnóstico TCI no da respuesta a la realidad, ya que entran en juego más variables; vemos que es un diagnóstico de alguna manera excesivamente encorsetado, porque no solamente está en juego el control de los impulsos.

En principio, no obtienen tanto beneficio y traen consigo otra suerte de matices. Por otra parte, los adictos dedican todo su tiempo y energías al mantenimiento de sus episodios de forma más general. El trastorno en el control de los impulsos se limita a la conducta de no controlar los impulsos, y esta falta de control es perjudicial. “El acto impulsional, a diferencia del acto impulsivo, posee una cierta continuidad organizativa, representada por un antes [...] y un después”, Fernández Alonso (2003). Estando de acuerdo con este autor, observamos que en las adicciones hay un acto, según su propia definición, *impulsional*, entendido éste como una secuencia. No un acto impulsivo puntual. Se queda corto considerar las adicciones dentro de un trastorno en el control de los impulsos, ya que hay una mayor desestructuración, más general y compleja en la persona, que repercute intensamente a todas las áreas. En la adicción, tanto el número de episodios como la variable tiempo no son demasiado significativos y sí lo es la intensidad de esos episodios adictivos. Aun así, vemos que los límites no son claros y el laberinto terminológico, aunque gana en precisión, puede llevar a la confusión diagnóstica y de tratamiento. Las similitudes son grandes, sobre todo en que su eje versa sobre un problema de autocontrol o voluntad.

DSM-IV

Trastorno explosivo intermitente. Se caracteriza por la aparición de episodios aislados, en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, dando lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

Cleptomanía. Se caracteriza por una dificultad recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para el uso personal ni de significativo valor monetario.

Piromanía. Se caracteriza por un patrón de comportamiento que lleva a provocar incendios por puro placer, gratificación o liberación de la tensión.

Juego patológico. Se caracteriza por un comportamiento de juego desadaptado, recurrente y persistente.

Tricotilomanía. Se caracteriza por un comportamiento recurrente: el de arrancarse el propio cabello por simple placer, gratificación o liberación de la tensión que provoca una perceptible pérdida de pelo.

Trastornos en el control de los Impulsos. Se incluye para codificar los trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios para cada uno de los trastornos específicos del control de los impulsos descritos antes o en otras secciones de este manual.

Finalmente, planteamos la necesidad de utilizar el concepto de adicción, ya que tiene un espectro más amplio aunque no se incluya en las nosografías actuales. Otra interesante opción ha sido la de denominar a todas estas conductas como conductas complejas (Álvarez, Esteban, Sauvagnat 2004) calificarlas de “conductas complejas con aparente participación de la voluntad y esfuerzo motor desproporcionado o inadecuado”, incluyendo, entre otras, la dromomanía,¹ la piromanía o el impulso a la fuga, la hiperactividad ocupacional patológica, “adicción al trabajo” o laboromanía. Cabe señalar que este tratado de psicopatología inserta el concepto de adicción.

Por último, dentro de esta secuencia diferencial, debemos realizar una separación del trastorno *obsesivo-compulsivo* por ser egodistónico; esto quiere decir que la persona que padece compulsiones, de alguna manera no está contenta con sus repeticiones. Evita el posible daño. Internamente quiere amortiguar su malestar. No encuentra satisfacción en la repetición, a diferencia de las adicciones, que tienen un carácter egosintónico. La impulsión egosintónica es algo gratificante para la persona. Así, por ejemplo, la fase inicial de la ludopatía es egosintónica: uno siente un estado placentero echando monedas a la máquina tragaperras.

1.- Necesidad morbosa de andar.

7

**DEFINICIÓN DE ADICCIÓN
PSICOLÓGICA
Y LA PSICOLOGIZACIÓN
DE LA SOCIEDAD**

Hablamos de adicción cuando una persona pierde el control de lo que consume o hace. La OMS (1992) la define como: “Un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo”. “Una adicción tiene cuatro elementos: fuerte deseo, no hay capacidad para detener la conducta, angustia emocional cuando no se hace la actividad y, por último, persistir en la conducta”, Gossop (1984). “Aunque existe controversia con respecto a la definición y la naturaleza de la adicción, una conceptualización es que cualquier experiencia en la cual la presencia de un objeto representa una intensa recompensa o autogratificación y la ausencia supone un intenso castigo tiene el potencial de convertirse en una forma de adicción”, definición de Greenberg y Paivino (1982). En este sentido algunos teóricos afirman que “cualquier actividad tiene el potencial de convertirse en una conducta adictiva”, Becoña (1994). Estas afirmaciones nos llevan a plantear que, con el tiempo, y dada la amplitud de su campo de acción, podamos tener una nueva categoría diagnóstica para estos trastornos adictivos que también muestran su repercusión en el plano de lo físico. Por otro lado, observamos que para que una conducta humana se pueda convertir en una adicción, tiene que existir una intensa recompensa en la naturaleza del soporte. Estamos de acuerdo, por tanto, con la definición de Greenberg y Paivino: el objeto tiene que tener un potencial de recompensa, y

después entraríamos en lo particular, en lo subjetivo, ya que el valor del refuerzo es diferente para cada persona.

La otra afirmación de que cualquier actividad tiene el potencial de convertirse en adicción, es más teórica que práctica y no estamos de acuerdo con ella. Todo esto nos sugiere que desde hace tiempo estamos asistiendo a un período de insistente psicologización de la sociedad, con una fuerte tendencia hacia lo que, en clínica, estadísticamente se considera normal; así, cualquier conducta humana conlleva el peligro de convertirse en una adicción y ese empuje clínico nos fuerza a insistir con agudeza insidiosa en lo que consideramos un problema potencial. Se suele señalar reiteradamente que alguien que no ha accedido a la identidad, a la madurez, a la autoestima, padece una enfermedad, como si se persiguiese una especie de mito del superhombre con autogobierno constante y meticuloso de sus conductas, por no hablar del mito de la madurez o de la autoestima, confundiendo situaciones abusivas puntuales de la vida con problemas patológicos o trastornos, como si se ejerciera cierta presión social sobre el hecho de ser libre. Presión para forzarnos a ser autónomos a cualquier precio. ¿Podríamos entender esto como una “fábula idílica”, o “un nuevo Eldorado”, por el que suspiran muchos de nuestros contemporáneos?

Últimamente, observamos que las adicciones se están convirtiendo en la punta de lanza de lo políticamente correcto, al servicio del imperativo “amo” del buen gobierno de la identidad, de la moderación por vía de la salud con bases científicas. Usted debe dominar su vida y vigilar de paso la de los demás. Debe usted controlar las horas que pasa su hijo frente al ordenador, no por criterios educativos sino patológicos. Tenga una vida armoniosa, no por una cuestión de valores o de ética sino de enfermedad, con riesgo de estigmatizar cualquier exceso. Pero, pese al debate, nos encontramos diariamente con la realidad, con verdaderos dramas personales y familiares. El psicoanalista Xavier Esqué, esbozando la época actual y en relación al surgimiento de las adicciones, apunta: “Hay un empuje a considerar las cosas, el síntoma, desde el punto de vista de la adicción. En mi opinión, ello se puede explicar por los ideales que gobiernan nuestra época actual, siendo un valor sintomático de nuestra civilización y de sus patrones fálicos. El ideal del sujeto independiente, autónomo, que debe dominar y controlar toda las cosas tanto a nivel corporal como a nivel psíquico, impone que cualquier cosa que venga a perturbar dicho dominio

tiende a ser considerada a nivel de dependencia, deslizando así el síntoma hacia el campo de las adicciones”.

En relación a la adicción al sexo, Esqué señala lo siguiente: “Este concepto de adicción sexual podría ser utilizado para oprimir a las minorías sexuales [...] que no se conforman con los valores morales y culturales prevalentes (y con los de los terapeutas)”.

Las adicciones son vistas también por la sociedad como un conflicto, entendido desde la pérdida de libertad y abordable desde la ética política, la ética de la filosofía, la ética del humanismo y de la religión. Desde una perspectiva filosófica, la libertad podría ser o no ser un bien en sí mismo. Desde la atalaya de la religión, no es exactamente lo que quiere Dios que sea, no al menos en nuestra cultura occidental. La política, por su parte, nos advierte que no es un bien para la sociedad ni para la prosperidad; por el contrario, hallamos la anestesia para el descanso o la energía para producir más. Desde el humanismo, tendríamos que preguntar a cada persona si es un bien para ella misma; de hecho, hemos observado que la ética humanística es un buen comienzo, un buen punto de partida aceptado por las personas para iniciar un tratamiento.

Pero el eje actual de la clínica de las adicciones parte de las teorías dirigidas desde la universidad. La universidad fue, durante siglos, un organismo al servicio de la Iglesia, mientras que la actual está al servicio del Estado, la llamada “universidad napoleónica”. Hoy día los clínicos son preparados para las líneas dominantes de la Seguridad Social, es decir, en los tratamientos rápidos, estandarizados, ajustados al DSM y, como máximo representante, en los TCC (tratamientos cognitivo-comportamentales) que, como decíamos, son más rápidos y ajustados a los criterios económicos y temporales de las aseguradoras, con diagnóstico basado en un síndrome adjunto a un tipo de medicación. Hoy por hoy, un tratamiento se estandariza, por ejemplo, en tres meses. “Todo esto para pretender realizar una evaluación objetiva, cuando la evaluación de la que se trata es precisamente la subjetiva: la autoevaluación”, Manuel Fernández Blanco (2003).

¿Hasta qué punto es evaluable el sufrimiento? ¿Se puede acaso estandarizar el tiempo de tratamiento en un número concreto de sesiones?, ¿acaso dos personas diagnosticadas de depresión se curan al mismo tiempo? Cualquiera que se dedique a la clínica sabrá que el tratamiento es diferente para cada persona, al igual que es dife-

rente su evolución, lo que llamamos “el uno por uno”. En general, los tratamientos o los modelos de terapia que trabajan con lo subjetivo son difíciles de evaluar; no son, en principio, algo fácilmente cuantificable, y por tanto son difícilmente domesticables e incómodos para la fiebre evaluativa a la que asistimos. Son modelos donde la gente puede dar con mayor facilidad su opinión. Echamos en falta muchos modelos clínicos en el campo de la terapia. El francés Dominique Laurent (Paris 26 de Marzo 2004) comenta en esta dirección: “La misma deriva del ‘para todos’ se hace sentir aquí y allá, antes y ahora, desemboca en la [...] universalización ‘científica’ y en la descalificación efectiva de los participantes”.

Las drogodependencias, en estos últimos 20 años, se han entendido desde muchas ópticas, desde modelos cristianos, humanistas y modelos eclécticos. Pero, poco a poco, adviene la fórmula de los tratamientos cognitivo-comportamentales (TCC) y la farmacología, aunque esta línea recta, paradójicamente, no esté tan clara, como diría Gonzalo Martínez Sande. La eficacia respecto de los tratamientos cognitivo-conductuales, TCC, no está demostrada y numerosos estudios lo corroboran.¹ En este sentido se transita un camino de variables observables, cuantificadas. Poder evaluar tiene su parte necesaria y positiva, pero no es lo único. La evaluación, en numerosas ocasiones, sirve para etiquetar a las personas e introduce al sujeto en un cajón hecho a la medida del clínico. Y sirve para tranquilizar la angustia del terapeuta más que para tranquilizar al paciente.

La ciencia aporta más redefinición, haciendo hincapié en lo experimental, pero también deja a un lado el sentido, los significantes de la persona, su narrativa propia y nos empuja al encuentro con las personas sin tener en cuenta su individualidad. También sabemos que una parte importante de la recuperación no es debida al modelo sino a la persona del clínico y, sobre todo, a la adecuada interacción entre el psicoterapeuta y el paciente.

1.- Barkham, M., Ardí, G, E. 2001; Leichsenring, F. 2001; Van der Klink, J, J., Blonk, RW., Schene, A, H., Van Dijk, F, J. 2001; Hager, W., Leichsenring, F., Schiffler, A. 2000; Cuijpers, P. 1988; Abramowitz, J, S. 1997; Didden, R., Duker, P, C., Korilius, H. 1997

8

**ABORDAJES EN EL
TRATAMIENTO DE LAS
ADICCIONES**

Desde que Aristóteles utilizara la curiosa expresión *tabula rasa* - indicando con ello que las personas crecemos en experiencia, y que esta experiencia, tanto externa como internamente, va llenando el vacío en que se halla la mente en el nacimiento- tenemos más clara conciencia de ese crecimiento o desarrollo que va llenándonos de experiencias que representan el origen del conocimiento. Es decir, de que el hombre tiene que aprenderlo casi todo.

A lo largo de la historia de la cultura no han dejado de proliferar teorías de la personalidad y maneras de abordarla. En la actualidad se habla de sus rasgos y características y podríamos realizar, mediante ellos, el esbozo de una persona que padece una adicción por una serie de factores predisponentes y precipitantes. Pero, claro está, dependiendo de cómo entendamos las adicciones, aplicaremos un modelo u otro. “La adicción es un estilo de vida, una forma de interactuar con el mundo [...], una manera de interpretar”, Peele (1985). Se asume que su abordaje y su comprensión puedan ser entendidos, por ejemplo, en términos de comunicación y deriven también en teorías comunicacionales, donde inicialmente se pondría énfasis en la interacción del paciente con la familia, en sus vínculos afectivos. Cada modelo ha entendido el abordaje de las dependencias de forma diferente, aportando ideas, técnicas y contenidos al tratamiento de las adicciones. Hasta los años 50 y 60 se impuso el modelo psicoanalítico; luego el psicoanálisis ortodoxo dejó de tener peso y cobraron importancia las

renovaciones de personas como Lacan, o actualmente las de Miller y otros, llegadas sobre todo de Francia; actualmente se ha impuesto un renovado modelo psicoanalítico. Curiosamente, observamos que las referencias que desde la universidad se hacen al psicoanálisis son referencias tomadas del período que abarca la década de 1920 a 1930, referencias muy anticuadas que no reflejan ninguno de los actuales avances de casi un siglo. Las técnicas de modificación de conducta empezaron a emplearse en los años 60, y muchas de ellas se siguen utilizando hoy en día. En la época final de los años 80, se dio un giro y empezaron a cobrar importancia las terapias cognitivas, la reestructuración cognitiva. La psicología, en este momento, manifiesta un cierto “seguidismo” científico experimental, cuyo reflejo se muestra en un aumento de la estratificación de los procesos personales. Pero la práctica clínica diaria no se ha alejado de la visión holística de las personas, ni de su entorno, y pese a la actual epistémica, no se ha apartado de lo ontológico. Tampoco ha dejado de analizar la transferencia a la hora de trabajar con personas, ni se ha olvidado de la subjetividad de los pacientes, ni de trabajar la relación con los otros y con su entorno.

A continuación, vamos a analizar muy brevemente algunos de estos abordajes, centrándonos en lo que aportan al tratamiento de las adicciones.

8.1. EL CONDUCTISMO

El conductismo entiende la adicción desde la asociación estímulo-respuesta. En el condicionamiento clásico tenemos un estímulo incondicionado, una respuesta condicionada y reforzadores positivos y negativos que bajan o suben la probabilidad de respuesta. La terapia de conducta se aplica a conductas observables empíricamente: la medición científica, el positivismo, lo experimental. El método por excelencia es el método estadístico. En un principio, la terapia se centra en el área de la conducta que puede modificarse, recuperándose o suprimiéndose en función del valor y frecuencia de las recompensas. Estudios generados con ratas y palomas construyen la tradición conductista, modelo que en un principio era un tanto extremista, llegando a sostener que el lenguaje es un proceso imitativo, y manteniendo que la creatividad consiste en reflejos aprendidos.

Para los conductistas, existe un determinismo que viene ofrecido por el ambiente, eje constructor de la conducta. Con el tiempo, el conductismo se suavizó y ganó en aplicabilidad. Las técnicas que más se utilizan y que han sido un legado al cual podemos denominar “legado organizador”, son estas: los auto-informes, los auto-registros, la desensibilización imaginada, el contrato de contingencias, economía de fichas, contratos conductuales, el control de estímulos, las famosas técnicas de control de la activación -progresiva y diferencial-, Jacobson (1929), el entrenamiento autógeno, Schultz (1972), los métodos de auto-observación, la desensibilización sistemática iniciada por Wolpe (1958), técnicas de exposición, técnicas aversivas, técnicas de auto-control, modelado, etc. Los tratamientos aversivos, la adquisición de conductas psicológicamente sanas con el modelado, la exposición en vivo son técnicas cuestionadas en algunos casos y que están dejándose de utilizar, en especial los tratamientos aversivos. Otras técnicas, como el control de estímulos, se siguen utilizando mucho en el tratamiento de las adicciones, sobre todo en las primeras fases del tratamiento; se trata de los contratos de objetivos, contratos de aceptación de contextos que han ayudado muy positivamente a establecer límites y a prevenir conductas violentas.

8.2. COGNITIVISMO

El cognitivismo aboga por el regreso al interior de la persona en base a que ésta posee niveles cognitivos, constructos. La psicología ciertamente ha progresado mucho en muchas áreas, como la memoria sin ir más lejos, y nos ha enseñado que percepción y memoria están íntimamente relacionadas. Así, la percepción termina moldeando a la memoria y la memoria a la percepción. La percepción, que es adaptación y experiencia de esa adaptación a través de la memoria, nos puede hacer percibir el mundo de forma diferente.

Este modelo, que revitalizó la atención y la memoria, se olvidó en un principio de lo tocante a las emociones, mejor dicho, a la profundidad de los sentimientos, y se quedó corto en cuanto a la cultura, ya que la perturbación está provocada por la interpretación que las personas hacen y no por la situación dada. Todo esto bajo el lema: “El paciente no está enfermo, lo que ocurre es que piensa erróneamente”.

“Aunque este programa ha aportado hipótesis iluminadoras respecto al posible funcionamiento de la memoria, el lenguaje y otras actividades también se tropiezan con graves dificultades epistemológicas”, Mosterín (2003). Por otra parte este modelo, pese a que tiene problemas de objetividad y a que se aleja de lo simbólico, nos permite, mediante estudios de los procesos básicos, saber que las personas interpretan, escogen, reproducen, buscan. Decir: “Usted piensa mal”, hace que semejante mal pensamiento distorsionado se convierta en algo heurístico. Utiliza técnicas que nos descubrirán que pensamos de forma equivocada; y conste que estamos hablando de distorsiones puntuales. Es un método que trata situaciones aisladas, un tratamiento puntual más que procesal, pero no todo un proceso terapéutico desde la narrativa. Nos dirá certeramente que, por ejemplo, los ludópatas tienen determinadas variables cognitivas, como la tendencia a fantasear; que son personas que padecen una ilusión de control del azar en base a estrategias supersticiosas; que realizan una percepción sesgada de los resultados de la conducta, sesgos confirmatorios; y para todo esto se emplearán técnicas muy oportunas para tratar pensamientos concretos.

Autores como Beck nos ofrecen muestras de las ideas irracionales que solemos tener las personas, como la negación del problema, la minimización del mismo, el pensamiento absolutista, lo dicotómico, la abstracción selectiva, el pensamiento supersticioso. Hoy en día la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis, combinándose con otras técnicas, ofrece un tratamiento adecuado para estos pacientes, a través de un proceso cognitivo que llega a lo emotivo y conductual, donde no sólo se trabaja con sus ideas irracionales sino también con los sentimientos inadecuados y las conductas inapropiadas al mismo tiempo. Las psicoterapias cognitivistas surgieron a partir de los años 70, entre otras razones para distanciarse del conductismo y por una necesidad de “re-descubrir” esos procesos intermedios entre el estímulo y la respuesta, procesos que habían sido “olvidados” por los primeros conductistas. Las raíces e influencias de esta terapia son múltiples: Janet; estoicos griegos como Epicteto; algunos psicoanalistas de la escuela del yo americana, léase Sullivan, Horney o Adler; autores variopintos como Bandura o Popper; filósofos como Kant o Shopenhauer; y algunos terapeutas conductuales como Mary Cover Jones y Watson. Y podríamos añadir a Bertrand Russell, ya que, según algunos autores,

el modelo de Ellis es la aplicación a la psicoterapia de su programa filosófico. Alber Ellis (junto con autores como Beck y Kelly) vuelve a admitir en la terapia las funciones o procesos mentales. Vuelve a considerar el control de la conducta por causa interna. Busca el cambio en la identidad del sujeto y no sólo en la respuesta. Pero, para concretar, la terapia de Ellis, junto con la de Beck, se engloba en la denominada línea cognitivo racionalista. “El criterio de salud o enfermedad, según Ellis, vendría dado por el ajuste entre las representaciones internas del sujeto y la realidad externa y desde la importancia de procesos como clasificar o categorizar”, Lorenzo (1995).

La Terapia Racional Emotiva fue definida por primera vez en 1973 como un método psicoterapéutico cognitivo-emocional-conductual y posteriormente como una terapia cognitivo conductual. El objetivo de esta terapia es ayudar a los sujetos a que aumenten su autoaceptación y toleren la frustración. Cuestión fundamental en las drogodependencias.

Ellis empezó a formular esta teoría cuando observó el uso que hacía la gente del lenguaje, que los llevaba a definir las cosas o experiencias como terribles o insoportables. Detectó que muchos de sus usuarios realizaban demandas de carácter absoluto sobre sí mismos y sobre los demás o el mundo en general, algo que bien puede ser considerado una filosofía de vida inadecuada. La consecuencia última de este estilo es la generación de tensión emocional en la persona. Ellis diferencia dos tipos de ansiedad: la del yo “o tensión emocional”, que se presenta cuando uno se condena a sí mismo por sentimientos de culpa, vergüenza o frustración, y la de la ansiedad perturbadora, que surge cuando el propio bienestar, la propia vida se ven amenazados. Desde esta teoría, el terapeuta se caracteriza por la aceptación incondicional de los usuarios, lo cual facilita la comunicación, lo empático, la apertura. El terapeuta es activo, es didáctico y un modelo racional de sentir. Desde nuestra experiencia clínica consideramos que la TRE no debe usarse como terapia única; se suele utilizar combinándola con otras técnicas semi-directivas que ayudan, tanto al paciente como al psicoterapeuta, a identificar el síntoma y contribuyen a la adecuada elaboración de los conflictos. Un terapeuta de la TRE llega hasta la exageración (no exenta de humor) para poder conseguir debatir de una forma óptima las ideas irracionales del paciente.

Y aquí, como casi siempre, y en referencia al estilo del terapeuta, que cada uno escoja su propio síntoma...

Las fases de este proceso son, en primer lugar, la explicación al usuario del esquema A-B-C que tiene valor evaluativo y explicativo diferenciando los problemas internos y externos. El terapeuta preguntará sobre las creencias de catastrofismo, las autoevaluaciones globales o absolutas, sobre la baja tolerancia a la frustración, la exigencia, etc. En segundo lugar, la detección de ideas irracionales o *insight* racional emotivo. En tercer lugar, el debate de creencias o aprendizaje de un nuevo estilo racional. Mostrar los beneficios de pensar racionalmente. Y en cuarto y último lugar, llegar a un nuevo estilo o filosofía de vida, y que el usuario por sí mismo debata sus propias creencias como hábito: como quien va todos los días a comprar el pan. Para entender esto, nada mejor que poner ejemplos vivenciales, nuestros propios problemas. Primero se clarifican el acontecimiento desencadenador, situación ambiental o interna, de modo que un sujeto nos podría decir, por ejemplo, que sale mucho por las noches; concretamente nuestro paciente afirma que ha salido ocho noches seguidas. A esto lo llamamos A. Después se trabajan los problemas generados ante la percepción de los síntomas, diferenciando entre problemas primarios y secundarios. Digamos, entonces, que este mismo sujeto nos confesará su angustia a salir mucho por las noches, lo cual constituye un síntoma primario. Los problemas secundarios serían, en este caso, que el sujeto teme tener importantes despistes laborales, ya que debido a alternar tiene más sueño por las mañanas y teme por tanto perder su empleo en su entidad. Esto es C. Representaría las respuestas o consecuencias cognitivas, emocionales o conductuales, y todo esto para llegar al punto central: los problemas primarios o ideas irracionales que llamamos B. Este mismo sujeto podría llegar a una idea irracional de este tipo: “Tengo que hacerlo todo bien”; o: “Estoy *obligado* a realizarlo todo bien”. Inútil señalar lo agotadoras que son ambas ideas.

Ellis nos ofrece múltiples ejemplos de esa irracionalidad que tan frecuentemente observamos no sólo en nuestros clientes sino también en nosotros mismos y en la gente que nos rodea cotidianamente. Pensar que algo debe ser distinto de lo que es nos genera frecuentes sentimientos de rabia. Evaluaciones, atribuciones e inferencias negativas de carácter absoluto, errores lógicos e inferencias irracionales

derivadas de evaluaciones absolutistas, negativas: “Debo ser competente”, “tengo que ganar la aprobación y aceptación de todas las personas”, “necesito y debo tener las cosas que quiero”, “tengo que valer sea como sea”; es decir, resaltar lo insoportable, condenar al mundo, etc. Por consiguiente, en esta psicoterapia se manipulan los procesos cognitivos disfuncionales, representados por actitudes opuestas a la razón; sistemas de creencias irracionales asociados a conclusiones falsas. Que el usuario elimine sus creencias irracionales y que llegue a pensar de manera científica, racional, clara y flexible, es el objetivo. Siempre teniendo en cuenta la idiosincrasia de cada usuario.

Estas y otras ideas disfuncionales se pueden eliminar a través del debate lógico empírico al tratar de hallar diferencias claras entre lo que se quiere y lo que se necesita, entre la exigencia y el deseo. Lo racional se expresa en probabilidad, preferencia, gustos, deseos, etc. Para la optimización de esta teoría, se nos presentan diversas técnicas cognitivas: entrenamiento en detención de ideas irracionales, técnicas de persuasión verbal, la evaluación lógica, reducción al absurdo, analogías negativas, reacción incrédula del terapeuta, técnicas conductuales como la exposición a las situaciones temidas, entrenamiento en solución de problemas, habilidades sociales y técnicas emotivas como la introducción del humor (Ellis es un defensor a ultranza del humor, y se agradece), la imaginación racional emotiva ERI y otras actuaciones como tareas para casa, biblioterapia, ataque a la vergüenza, y un largo etcétera.

¿Hasta qué punto las obsesivas e insistentes tareas para realizar en casa que exige esta teoría a modo de repeticiones de lo que se debe pensar correctamente pueden funcionar en una cultura mediterránea? O ¿hasta qué punto tendremos que ajustar esta teoría “causalista” a la realidad de un pensamiento relativista que asume la contrariedad? Observamos, a fin de cuentas y pese a estos interrogantes, que la TRE es un buen instrumento para trabajar la baja tolerancia a la frustración que se aprecia en la mayoría de los pacientes, de igual modo que el debate de creencias irracionales es fundamental, aunque no único en el tratamiento de las adicciones en general. También encontramos otros interesantes puntos de vista en autores como Meichenbaum y su entrenamiento en autoinstrucciones. Tras esto, y como suele ocurrir a menudo, nuevamente se dio un nuevo y lógico giro y se unieron los cognitivistas a los conductistas, creando las tera-

pias cognitivo-comportamentales (TCC), modelos antitéticos que terminaron complementándose y facilitando su ajuste, ya que ambos se basaban fundamentalmente en trabajos por bloques. El paciente tiene que seguir unos pasos determinados y estandarizados. Por un lado, se pondrá énfasis en las habilidades de afrontamiento, en el control de los estímulos y, por el otro, se trabajarán las creencias irracionales, siempre oportunas, en relación con el problema. El modelo cognitivo, en la actualidad, ha hecho un esfuerzo tanto en robustecer su rigor teórico como en la formación de clínicos que desean que estén más preparados para trabajar con las ideas irracionales a la vez que con su parte emotiva.

8.3. PSICOANÁLISIS

En el psicoanálisis, a diferencia de en otros modelos psicológicos y psiquiátricos, una persona no entra si no revela para sí un síntoma, o dicho de otra forma, si el sujeto no reconoce dicho síntoma no se puede decir que esté en análisis. El síntoma, pues, tiene que ser expresado por el propio paciente.

¿Por qué un sujeto que tiene experiencias con las drogas no se hace adicto y otro en igual situación cae, sin embargo, en la dependencia? Para esto el psicoanálisis tiene una respuesta: la que pasa por lo particular del uno por uno. La forma particular de abordar la castración -castración entendida como pérdida, como falta constituyente del ser humano- el psicoanálisis nos vino a decir que este hecho se puede reproducir en forma de afecto, de significante o imagen, y que por medio de la palabra podemos aliviar la angustia y el malestar, lo cual viene a inaugurar lo que entendemos hoy en día por terapia.

En un primer momento y a la hora de tratar con personas, con lo que probablemente nos encontremos a menudo es precisamente con su angustia. En general, el problema que traen las personas es un problema bien delimitado por todo lo que rodea a esta problemática de la adicción, pero a medida que va avanzando el tratamiento las personas suelen descubrir otra suerte de cosas que tienen que ver más con ellos mismos que con las sustancias o con el objeto de que dependían.

Una obstrucción de lo displacentero puede tomar formas sustitutivas, satisfacciones, formas disfrazadas simbólicamente para escapar de una compulsión, y aquí hacen su entrada las drogas y consecuentemente las adicciones. El síntoma puede pasar a formar parte de la vida de la persona, hacerse indispensable, se puede llegar a disfrutar de él y hasta puede proporcionar inicialmente muchas ventajas. El síntoma ayuda a escapar de la angustia. Todo el proceso analítico comienza a desenvolverse bajo una estructura oscilante, movediza, bajo un síntoma que hizo olvidar al sujeto todo lo que le rodeaba y que únicamente le dejó ese signo que destronó a todo lo demás. Un signo con el que pretendía satisfacer el vacío que nunca conseguía colmar y que le hacía permanecer envuelto en angustia. Pero no deja de ser un conflicto interno que se muestra, se externaliza en angustia, fobia, adicción o sustitución. Síntoma, en el caso de la adicción, que será acorde con la persona, “la ansiedad producida por un conflicto o frustración motiva que se vuelva a un estadio anterior de desarrollo. El conocido ‘síndrome de Peter Pan’. El concepto clave sería la regresión, ‘la frustración simbólica’. Los adictos son sujetos que tienen graves trastornos en la castración, en la trasmisión de la falta; ha habido accidentes severos en cuanto a la falta, en cuanto hay un bloqueo simbólico ellos buscan la satisfacción, el no sufrimiento”, Andrés Borderías (2003). De ahí que tengamos que trabajar con ellos de uno en uno y la razón, también, de que una persona se haga adicta.

El psicoanálisis no se cuestiona demasiado si el adicto debería entrenarse en habilidades sociales o no, ya que en muchos casos suele tener muchas habilidades sociales por sí mismo, la vida exige numerosas situaciones no asertivas, como por ejemplo “hacerse el tonto”. Tampoco insiste en que el paciente realice una serie de baterías de Test, cuestionarios psicométricos, técnicas de relajación, son técnicas necesarias tanto en cuanto faciliten que la persona inicie una *demanda*. A fin de cuentas, la persona tiene que hablar de lo que le pasa, y reconocer su síntoma. Habrá que poner palabras allá donde se dispara lo imaginario. Pero, tras las técnicas y las ideas irracionales, hay un más allá que surge cuando se echa a hablar de lo simbólico y de la pérdida, del significado que tiene para él, de los valores fundamentales de su vida, de lo que quiere escoger y desear. Tendrá que hablar del no tener, o dudar de los objetos o de la vida y de cómo relaciona todo eso con su pasado, presente o futuro indistintamente, primer paso

para poder exonerarse, aliviarse o descargarse. Y todo ello en clave de solución, de superación, pues las técnicas nos sirven para empezar a escuchar lo que el paciente tenga que decirnos. Que pueda empezar a hablar del miedo al futuro, de cómo se malgasta a sí mismo, de su vacío. Que hable del *impasse*, de ese hueco que le impide llegar a más y que lo paraliza, imposibilitándole entender tanto lo que cree como lo que siente, incluso dónde lo siente. Que siga hablando de lo subjetivo, de esas señales internas que le hacen reaccionar de un modo diferente, de su posición fantasmática que se repite y de su incompreensión ante el hecho de que repita algo que sabe que lo perjudica, y que es como darse continuamente contra un muro (siempre el mismo), como pasar repetidamente por la misma puerta del mismo problema. Uno se preguntará por qué no es capaz en ningún momento de su vida de mantener una relación de pareja, por qué siempre cae en los mismos errores con ella y todo acaba mal. Otro se podrá preguntar por qué no puede elegir en su vida, por qué tiene pavor a escoger. Otro, en fin, no entenderá por qué se emociona y se le saltan las lágrimas cuando pide ayuda a los demás. Algunos se preguntarán por qué sienten que su existencia está vacía y se angustian si no se hallan cuidando de otras personas. Otros, todavía, por qué odian a su madre y, no obstante, actúan igual que ella. Por qué, ante iguales situaciones sociales, se bloquean absolutamente, no sabiendo qué responder. Entender esas pautas, entender el síntoma es lo más particular que tenemos las personas, lo más genuino, puesto que es precisamente en el síntoma donde más nos reconocemos. Y he aquí otra gran diferencia del psicoanálisis respecto de otras terapias: no se tratará de repetir reiteradamente o de normalizar el síntoma con técnicas diferentes sino de reconvertirlo en algo positivo, propio, útil, incluso productivo para la persona, con la diferencia de que uno empieza a reconocer su parte, su implicación. Se tratará, por tanto, de encontrar ese estilo genuino en la experiencia analítica.

En lo concerniente a la estandarización, se sigue poniendo énfasis en la persona (la empatía y la transferencia), se sigue procurando entender y dejar sentir cómo la persona adicta se aliena en cualquier tipo de “signos”, creando su estilo de vida hasta la saturación, hasta el agotamiento, un estilo que desconoce dónde y cómo debe reponer su estado. Se sigue poniendo énfasis en el conflicto del vacío o de los sentimientos, y la clínica analítica no se ha olvidado de que las per-

sonas tienen recursos positivos, no estandarizados, contando desde el principio con sus fortalezas. Se trata, en definitiva, de aprender a escuchar lo que él nos dice y de acompañarlo. El análisis pasa por la motivación de trabajar el *impasse*. De averiguar cuál es el *impasse* que él no soporta, el conflicto que motiva que no crezca como persona. Y todo esto desde la transferencia. Si se droga, es que probablemente no sabe hacer otra cosa, o no quiere hacer otra cosa. Se procura ayudar al paciente a tomar conciencia, incitarlo a interiorizar su situación real, a darse cuenta de ese vacío que experimenta y que no tiene por qué ser negativo. Para ello, importa conocer su vivencia, su historia narrativa, para lo cual invitamos a la persona a hablar de su deseo.

Para el psicoanálisis es esencial trabajar la causa, intentar que no vuelva a suceder. En este sentido, la labor que realiza es sumamente eficaz. En las terapias se da un efecto inicial de cambio y curación, es decir, solamente el hecho de ponerse en contacto con un clínico ya produce mejorías; no obstante, en muchos sentidos puede ser un espejismo transitorio de bienestar. El bien público del psicoanálisis radica, en parte, en su intención de procurar cambios estables en las personas.

El psicoanalista se pregunta: ¿Cuál es la postura del sujeto en relación con los otros, cuáles sus movimientos con las otras personas?, ¿qué es lo que no permite bajo ningún concepto: verse o que lo vean los demás?, ¿qué le hace acudir de forma impulsiva a la apetencia? El psicoanálisis nos sigue dando claves relacionales importantes. Un signo que evidencia su estilo de vida dependiente se manifiesta en la relación, es decir, en cómo se ha desarrollado su relación con el otro sexo y con los otros en general. Por otro lado, tendremos que desemparejar el tipo de adicción, esto es, hay una importante diferencia entre ser un adicto al sexo o serlo a los *chats*. El paciente tendrá que interpretar y descubrir hacia dónde se dirige y cuál es el sentido de esa elección que ha hecho. En nuestra actual época de la velocidad, donde se establece la rapidez como eje cardinal, el correlato de las sustancias lo constituirán los psicoestimulantes. En la ludopatía, el sentido es otro: el sujeto frecuentemente se retira de todos los otros. Lo podemos entender inicialmente como una búsqueda espiral del placer, conducta que repite una y otra vez hasta convertir ese placer en dolor. Pero generalmente el trance surge cuando una respuesta engendra al mismo tiempo regodeo y daño. Echar unas monedas es

un placer para el ludópata, pero si continúa echando hasta la extenuación, el placer se trueca en dolor, aunque el tal dolor esté basado en un placer. Esto es lo que conocemos por “paradoja del goce”, según Lacan. “Intolerable, en la aceptación lacaniana, resulta para el organismo el goce real, algo que está fuera de la simbolización y el sentido, que es constante y vuelve siempre al mismo lugar para provocar sufrimiento”, Darian Leader y Judith Groves (1995).

¿Cuál es el movimiento, en términos generales, que lleva al adicto a actuar? ¿Cuál es la comunicación que quiere establecer, o la incomunicación que lo desvincula de lo social? El psicoanálisis ofrece sus respuestas.

8.4. ESCUELAS HUMANISTAS

Existe cierto consenso a la hora de afirmar que los clínicos se sienten cercanos a la corriente humanista, aunque en la práctica utilicen otros métodos.

Hoy por hoy, cuando se supone que el bienestar económico no ha conseguido solapar el malestar en la gente, en los adolescentes, en los jóvenes, etc., nos volvemos a preguntar qué fue de los valores del humanismo, qué fue de aquellas maneras y estilos de entender la vida y las personas. ¿Qué tiene el humanismo de especial y qué cosas nos ha aportado?

El humanismo nos recuerda la clave originaria de la terapia, ciertas reglas de oro que no deben ser olvidadas, como, por ejemplo, la importancia de la creación del vínculo con las personas: la empatía. Nos recuerda asimismo que hay que volver a entender a las personas en cuanto tales y no sólo interesarse por sus conductas; nos sugiere, ilustradamente, que la psicología debe hacer un esfuerzo por no instalarse abigarradamente en los infinitos listados de síntomas y signos clínicos, todos ellos negativos, lo que entendemos por la interminable psicopatología negativa del ser humano. Hay que dar un vuelco al asunto y hablar de lo sano, del optimismo, y volver a tratar temas como la felicidad o el amor, conceptos difícilmente medibles pero insustituibles para cualquier modelo científico.

La llamada tercera fuerza comenzó fundamentalmente en los años 50 y estuvo impulsada por autores como Abraham Maslow (1908-

1970), quien nos legó fabulosos libros y una ya clásica jerarquía de necesidades y conceptos tan célebre como la autorrealización. Cabe señalar la importancia de Gordon Allport (1897-1967), profesor de la Universidad de Harvard, y de autores del calibre de Carl Rogers (1902-1987), quien robusteció esta corriente con libros como *Mi técnica terapéutica, psicoterapia centrada en el cliente*.

En cuanto a la terapia centrada en el cliente, se puede decir, de forma breve, que está fundamentada en el principio de que los individuos y grupos en conflicto poseen vastos recursos para la autocomprensión y el crecimiento, recursos que pueden ser aprovechados a través de la experiencia de un conjunto reducido y bien definido de condiciones facilitadoras. Éstas incluyen la autenticidad, la aceptación o consideración positiva incondicional y la empatía del terapeuta. “La empatía se puede considerar como una técnica, pero se debe poner en práctica como parte de una actitud genuina de respeto hacia las percepciones, significados y sentimientos del cliente, así como hacia su capacidad para autodirigirse en el cambio”, Steven Jay y Jhon Garske (1988). Un optimismo que viene a repoblar un terreno baldío, una época histórica donde, tras el largo aturdimiento de dos guerras mundiales y la desolación y aridez dejadas por el Holocausto, es necesario volver a adoptar posiciones e insistir de nuevo en que el hombre también y a pesar de todo es naturalmente bueno e irrepetible. Hay una necesidad de reconocer que las personas tienen recursos para salir adelante, hecho éste que nos trae a la memoria otros periodos y otros personajes históricos, léase Rousseau (XVIII), Adler (1970-1937) y Frankl (1905). El humanismo ha sido, en el terreno de las adicciones, una de las piedras angulares a la hora del tratamiento. La cercanía con las personas adictas, la escucha activa, el dotarles de control y asegurarse de que ellos tienen la clave del cambio, son algunas de las variables importantes que proponen la escuelas humanistas y que durante los últimos tiempos han funcionado eficazmente.

Año tras año, comprobamos con alegría que la curación y la satisfacción de los pacientes reside en el trato recibido, en el vínculo creado con los terapeutas y con el grupo; la satisfacción se halla para ellos más en sentirse protagonistas y generadores de su propio cambio y no tanto en las estructuras, las técnicas o los recursos que pueda poseer el centro.

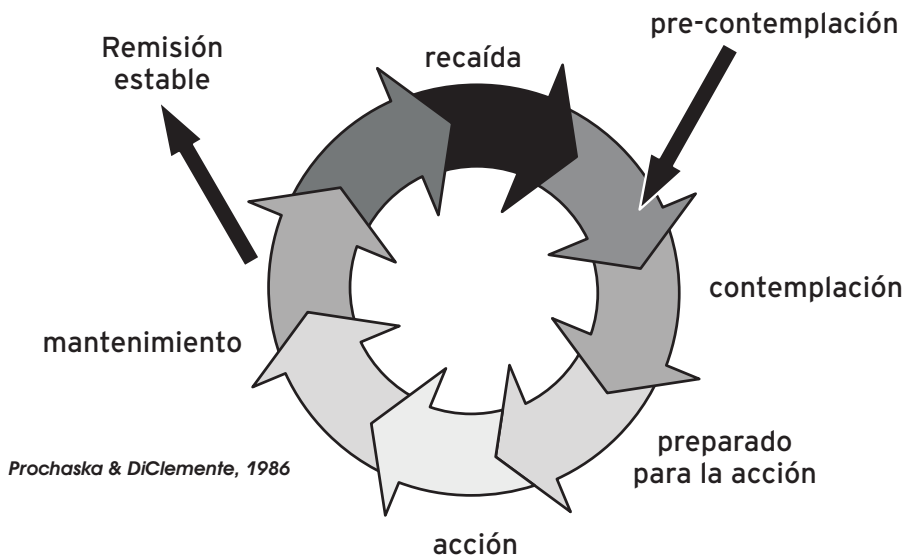
9

**DESDE EL ENCUADRE
TERAPÉUTICO
AL TRABAJO CON LOS
SENTIMIENTOS****9.1. ENCUADRE Y TENDENCIAS**

En la actualidad, las tendencias vuelven a cambiar, retomando lo más útil del pasado y lo más vanguardista del presente. Se tiende a trabajar preferiblemente con el problema que identifica al paciente más que con su diagnóstico, diagnóstico que cada vez es más complejo, ya que una persona que ha dejado de consumir y es evaluada a los 20 días, puntúa muy alto en casi todos los cuestionarios de psicopatología y trastornos de personalidad. Se trabaja con un encuadre clarificador, firme y delimitado que proporcione suficiente flexibilidad y seguridad al paciente, un encuadre psicológico claro que dé contención a la sintomatología que tratamos, esto es, la patología del control, la patología del acto que tiene pocos límites por definición. Un encuadre que presupone profesionalidad, trabajo en equipo y en red, y proporciona protagonismo al paciente. Se aprecia un regreso a las terapias centradas en lo particular y en la subjetividad de las personas. Se respeta más al paciente y sus deseos, sin pretender que cumpla durante meses lo estratificado de un trabajo por bloques. Se apela a su responsabilidad frente al síntoma, y se trabaja con y desde sus propios valores, haciendo énfasis en las significaciones que tienen las personas. Y todo esto sin olvidar el entorno y su familia, ya que generalmente es allí adonde regresan. Llegados a este momento, cabe preguntarnos: ¿Se curan las adicciones?; es decir, ¿puede una persona salir de esta grave enfermedad?

Hoy sabemos que las adicciones tienen curación si hay un adecuado tratamiento. El pronóstico a medio y largo plazo será mejor cuanto mejor sea la evaluación y el diagnóstico y en la medida en que la persona realice un programa individual y familiar adecuados. Son necesarios varios años de evolución positiva para que un paciente se considere curado. La Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick a través de la escucha refleja, resulta muy valiosa para facilitar el proceso de cambio de estas personas. También nos señala el estilo que debe tener un clínico en su relación terapéutica. Se trabaja con la posible recaída como parte del proceso, incluso con la recaída planificada, siguiendo la teoría del cambio de Prochaska y DiClemente.

RUEDA DEL CAMBIO



La experiencia nos muestra que la logoterapia, es decir, trabajar los valores y el sentido de la vida con el paciente, es otra de las terapias más útiles a la hora del tratamiento, sobre todo en las últimas fases que solemos llamar de reinserción. Consideramos que el pro-

blema no es sólo del paciente sino que también forma parte de una estructura o encuadre familiar. La terapia sistémica ayuda al paciente y a la familia a situarse en el lugar adecuado, a reestructurar los límites, a reestablecer un nuevo marco con unas nuevas pautas de actuación más sanas y a enfocar las vías de solución más correctas. En los años 50 los sociólogos favorecieron el que ciertos exámenes clínicos que anteriormente habían pasado inadvertidos empezaran a cobrar relevancia. Se observó que los pacientes que habían sido tratados en hospitales psiquiátricos durante largo tiempo, recibida el alta regresaban a sus lugares de origen y en la mayoría de los casos con sus familias para, una vez allí, volver a recaer o empeorar. También se observó que las familias se reorganizaban nuevamente y era posible que incluso otro miembro de la familia enfermara. Estos primeros exámenes familiares impulsaron una nueva forma de atender a la clínica: se empezaron a utilizar conceptos como homeostasis familiar y a contar con la familia en las terapias, ya que el sistema familiar contribuye en algunos casos a mantener la sintomatología. Antes, el paciente salía de una comunidad terapéutica y se reencontraba con una familia que no sabía casi nada del tratamiento que aquél había realizado. El desconocimiento por las dos partes era entonces muy alto; hoy día, por el contrario, se atiende con rigurosidad este área. Los constructivistas Efran y Heffner (1987), afirman que “una persona sólo bebe demasiado en función de otra persona”. Y, con cierta hilaridad, Maturana y Varela (1998), dirán que “es una adicción, como algo que implica la repetición fácil de una solución que anteriormente le ha salvado el pellejo”.

También el constructivismo nos recuerda que hay que trabajar con los propios significados de la personas, con su relación con el mundo, con su narrativa, su lingüística. Conceptos renovadores que en la actualidad dan oxígeno a lo terapéutico, como co-construcciones o de-construcciones de la realidad de la persona. George Kelly nos legó en su obra *The psychology of personal constructs* las bases del constructivismo. En esta obra fenomenológica Kelly considera la realidad como algo que viene filtrado por nuestros constructos personales. Así que según sean nuestros constructos, así construiremos la realidad. Esta teoría de los constructos personales se organiza en torno a once corolarios. El análisis y evaluación de los constructos se lleva a cabo mediante diferentes técnicas, entre ellas la técnica de la rejilla, donde

se ve cómo el paciente da sentido a las cosas desde su experiencia, o las técnicas de la auto-caracterización o del rol fijo, que ayudan a construir alternativas.

Concluimos, pues, que en la actualidad las tendencias vuelven a cambiar, retomando lo más útil del pasado y lo más vanguardista del presente. Se trabaja, de este modo, con la recaída como parte del proceso, vuelven las terapias centradas en lo particular y en la subjetividad de la persona, en la persona como protagonista de su propio cambio, se respetan sus deseos sin intentar normalizar burocráticamente sus motivaciones, sin pretender que cumpla durante meses lo estratificado de un trabajo por bloques, se apela a su responsabilidad, se trabajan sus propios valores, se colabora con la familia, se facilita el cambio emocional, y esto siempre desde un encuadre que cuida al máximo la relación terapéutica y la creación del vínculo entre terapeuta y paciente y posteriormente la disolución de ese vínculo.

9.2. FACILITANDO EL CAMBIO EMOCIONAL

La terapia integrativa de Leslie Greenberg, que facilita el trabajo emocional desde el darse cuenta de los sentimientos y emociones profundas y la exploración, verbalización, expresión, simbolización e identificación de lo que, quizás durante muchos años, ha permanecido oculto, posibilita un cambio tal en la persona que ella misma es capaz de reelaborar y reorganizar su vida con nuevas metas e intereses, de simbolizar de nuevo y de integrar de forma positiva su complejo mundo emocional, consiguiendo así un comportamiento saludable, pues no sólo expresa sus necesidades sino que las reelabora y da significado. Los teóricos de las emociones sostienen que antes de que la información sea procesada por la razón, esa información ya ha llegado y se ha instalado primero como una emoción y/o sentimiento, y es que la emoción nos guía, identifica el problema en un primer instante, una ligera orientación que nos avisa, nos previene sutilmente en cada circunstancia, aunque en ocasiones no se tratará de un aviso tan sutil, sino que será tan palmario que rápidamente la razón se unirá y actuará conjuntamente con la emoción. Otras veces, si estamos faltos de la experiencia de observar las emociones, si carecemos de la experiencia de dejarnos sentir, las emociones se nos mostrarán un tanto

confusas. Nos consta que mediante entrenamiento se facilita el trabajo con la emociones, identificando en un primer momento y recordando lo sentido, cuándo se produjo, en qué lugar del cuerpo, qué se sintió y si hubo más sensaciones. En la actualidad se investiga y se trabaja mejor el complejo campo emocional. La formación teórica del clínico no es suficiente: es clave su experiencia vivencial emocional, tanto a la hora de entender y acompañar a los pacientes como a la hora de trabajar en equipo. El clínico, para realizar bien su labor psicoterapéutica, necesita algo que no viene incluido generalmente en el *currículum*. La vivencia y experimentación de los propios sentimientos no surgen espontáneamente. Sin duda el mundo de las emociones es el área más desconocida y más difícil de trabajar, a la par que es necesario su abordaje a la hora de hacer un buen tratamiento psicoterapéutico, ya sea en las adicciones como en cualquier otro trastorno de la personalidad. Estamos constatando que entre los psicólogos, psiquiatras y médicos en general, se da un cierto analfabetismo emocional. No saber explorar, gestionar e integrar las emociones es un riesgo en cualquier persona, no solamente en los psicoterapeutas. Observamos en nuestro entorno el desconocimiento generalizado de este área tan importante en las personas, y frecuentemente encontramos cómo personas aisladas o grupos de ellas tienden, por ejemplo, a buscar un chivo expiatorio para drenar sus emociones disfuncionales.

La vulnerabilidad de las emociones es algo general. Aprender a encontrar canales para la gestión, focos para la identificación y significaciones para otorgar sentido, será clave en la recuperación del paciente. Éste necesita encontrar lugares y formas de expresión. Necesita educar sus emociones y no tanto expresar por expresar, pues no se trata de gritar ni de aprender a ejercer como un falso dramaturgo, ya que esto alivia sólo un instante; se trata de mirarse, observarse y localizarse las emociones, comprenderse a uno mismo, dejarse sentir, aprender despacio, al igual que se aprende a conducir, y de procurar un significado a eso que se siente. Una pregunta sencilla es: ¿Qué está usted sintiendo? Una persona puede comenzar a realizar una experiencia simple; por ejemplo, cuando conversa con otras personas, pararse a observar qué está sintiendo. Esto es un nivel comunicacional diferente al racional, puede estar hablando del tamaño de las patatas con el frutero y a la vez estar sintiendo miedo. Decimos de esto que no es una lógica intelectual. En la conversación podemos

observarnos, escucharnos, dejarnos sentir, lo cual también forma parte del conocimiento de la realidad, incluso de la realidad misma. Esa comunicación emocional también es parte de la realidad del vínculo con los otros y es conocimiento y material indispensable a nivel terapéutico.

10

**PATOLOGÍA DUAL
VS. ADICCIONES**

Llamamos patología dual a la coexistencia de dos o más trastornos bien diferenciados dentro de la psicopatología, la cohabitación entre cualquier trastorno psicopatológico conjuntamente con un abuso/dependencia de sustancias. El término de patología o diagnóstico dual es un término reciente, sin embargo el fenómeno no lo es. Se trata de lo clásicamente denominado comorbilidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y un trastorno psiquiátrico (OMS, 1995).

De conformidad con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONNUDD), una persona con diagnóstico dual es alguien a quien se le ha diagnosticado un problema de consumo de alcohol o de drogas además de otro tipo de diagnóstico, normalmente de carácter psiquiátrico, por ejemplo trastornos anímicos o esquizofrenia. En otras palabras, la comorbilidad, en este contexto, se refiere a “la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales tiene relación o se deriva del consumo problemático de sustancias” OEDT (2004).

10.1. EL CONCEPTO DE PATOLOGÍA DUAL

¿Hay necesidad realmente de este nuevo término? En principio lo que lleva a la invención del término patología o diagnóstico dual son las estadísticas, es decir, que la prevalencia de la drogodependencia en combinación con trastornos mentales está aumentando, lo cual significa que está creciendo el número de personas que presentan dicho diagnóstico.

“En una publicación de estudios internacionales sobre psicopatología en sujetos drogodependientes, Fridell (1991, 1996) esbozó un cuadro clínico de comorbilidad en el ámbito de la drogodependencia que ha sido confirmado por sus propias investigaciones en Lund, Suecia. Pueden distinguirse tres grupos principales de trastornos: trastornos de personalidad (del 65% al 85%), estados de depresión y ansiedad (del 30% al 50%) y psicosis (15%). Verheul (2001), en su sinopsis de seis estudios de drogodependientes en tratamiento, demostró la prevalencia de trastornos de personalidad antisociales (23%), límites (18%) y paranoides (10%)”, OEDT (2004). No es extraño poder verificar esta realidad, ya que los informes sobre drogodependencias que se presentan anualmente en cada país de la Unión Europea y en EEUU informan sobre el incremento constante de la dependencia de psicoestimulantes en la población. Si el consumo y/o abuso de drogas legales e ilegales fue incipiente en las últimas décadas del siglo XX, su progresión continúa en los albores del siglo XXI, a pesar de la mayor información al respecto. La ingestión de sustancias que produce cambios en el individuo es algo propio del sujeto contemporáneo. La dependencia de drogas ilegales aumenta y se normaliza el consumo de los psicofármacos, sustancias químicas que se compran en las farmacias y modifican las condiciones psíquicas de quien las introduce en su organismo. Sabemos que muchas de ellas son potentes generadores de dependencia y estamos empezando a constatar en la población un abuso de este tipo de sustancias, ya se trate de las benzodiacepinas, los antidepresivos o los somníferos.

“Los psicofármacos son explícitamente propagados por las casas farmacéuticas, no ya y exclusivamente por sus efectos sobre el individuo sino más bien por sus efectos sobre las relaciones sociales. Incluso en los *slogans* publicitarios, no existe ninguna diferencia entre la publicidad de un aperitivo (‘contra el desgaste de la vida moderna’)

y las frases de los impresos para los médicos, en las que cualquier tranquilizante es recomendado contra el ‘*stress* psicofísico de la ciudad y de la industria’.

Hay otras sustancias químicas, como las contenidas en el alcohol, el café y los cigarrillos, que son utilizadas conscientemente para modificar las propias condiciones psíquicas y, en especial, el estado de consciencia”, Jervis (1979).

Este aumento en el número de casos, fruto también del uso generalizado del tipo de diagnóstico DSM, donde en un mismo sujeto se pueden establecer no dos, sino múltiples diagnósticos y su consecuencia inmediata de la terapéutica que lo sirve, sugieren la necesidad de una técnica psicoterapéutica diferente para cada diagnóstico. De hecho, de seguir esta línea clasificatoria y terminológica se podría hablar de multicomorbilidad, ya que las personas afectadas suelen sufrir además enfermedades somáticas, estar infectadas, pongamos por caso, por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el de la hepatitis C, o padecer trastornos sociales tales como problemas familiares, desempleo, encarcelación o falta de hogar.

Los servicios de asistencia y tratamiento públicos dependientes del Estado y/o de las comunidades, no suelen estar preparados para satisfacer debidamente las necesidades de diagnóstico y tratamiento de este grupo de pacientes, pues no prestan atención y/o son incapaces de hacer frente a la totalidad de los problemas de esos pacientes. Mientras se crean las líneas de coordinación entre servicios y se definen los profesionales que han de implicarse en el proceso y se habilitan las financiaciones correspondientes, lo que está tomando carta de naturaleza es una situación de “puerta giratoria”, en la que los pacientes son enviados de un sitio a otro mientras su situación se va deteriorando paulatinamente. Es más, uno de los principales obstáculos al tratamiento de la comorbilidad es el hecho de que el personal psiquiátrico por lo general evidencia pocos conocimientos de los tratamientos en materia de drogas, de igual modo que los conocimientos de psicopatología del personal especializado en adicciones suelen ser reducidos. Los paradigmas de las dos especialidades son bastante diferentes: el uno se basa en las disciplinas médicas; el otro en los métodos y teorías psicológicas y sociales. Asimismo, la filosofía de los servicios de salud mental se centra principalmente en la preservación de la seguridad pública, mientras que los servicios de

tratamiento de la adicción trabajan, hasta cierto punto, con la motivación de sus pacientes para poder asistir a los tratamientos. Estos puntos de partida, a menudo diferentes, imposibilitan una percepción global e integrada.

10.2. UN ENFOQUE CRÍTICO A LA PATOLOGÍA DUAL

Si en otros capítulos hemos tratado de cómo se constituyen los diagnósticos y los tratamientos desde la psicología clínica y la psiquiatría, que toman como referencia los criterios diagnósticos basados en la estadística y cuyos tratamientos siguen los modelos eclécticos, en este capítulo nos vamos a centrar en lo que ofrece la orientación psicoanalítica tanto en lo referente a patología dual como a sus trabajos en la clínica de las adicciones.

La clínica que orienta su práctica por la subjetividad sigue una metodología clínica no estadística, por lo que el término patología dual, en razón a sus bases psicopatológicas, resulta innecesario. La adicción se toma en su vertiente de uso -el uso que cada persona hace-, de causas y determinaciones. La adicción es un síntoma para el sujeto y se asienta dentro de una estructura psíquica: neurosis (obsesión, histeria, fobia), psicosis (esquizofrenia, paranoia, psicosis maniaco-depresiva), perversión.

Además, se entiende que existe una diversidad tan variada de adicciones como de personas que consumen; no tanto clasificadas por el objeto a consumir, ya sean sustancias o no, cuanto por las particularidades y causas que a cada persona le arrastran a la adicción.

10.3. LO MASCULINO Y LO FEMENINO EN LAS ADICCIONES

Una de las líneas de investigación en este campo es la relativa a la diferencia de los sexos. Según las investigaciones, es frecuente observar, aunque no siempre, la diferente relación entre el sujeto y el objeto droga según se atienda a su circunstancia sexual. En la posición masculina la persona tiende a situar la droga como causa, tanto de los conflictos subjetivos como de su demanda de tratamiento.

Por tanto, del lado masculino la droga pasa a ser una respuesta que obstaculiza las posibles preguntas del sujeto. En la posición femenina, por su parte, la persona propone su adicción como un efecto, el efecto último y trágico de una combinatoria de encuentros que han marcado su historia particular. Esta inversión es un índice que revela la estructura de la posición femenina, y que tiene su traducción en la presentación de estos sujetos cuando nos hacen notar su frecuente rechazo a alojarse bajo el significante de toxicómano o drogodependiente. Es decir, a sustraerse a cualquier significante que designe su ser.

10. 4. METODOLOGÍA CLÍNICA

Una metodología clínica extrae sus generalizaciones de los casos, del uno por uno. Para ejemplificar este método hemos resumido tres viñetas clínicas ya publicadas, Luis Miguel Carrión, Carmen Collado (1994) -un caso de neurosis obsesiva, otro de neurosis histérica y un tercero de psicosis-, con la intención de mostrar cómo el uso que cada persona hace de las drogas es particular y subjetivo, un síntoma que viene a cumplir una función en la economía libidinal del sujeto y que se integra en una estructura psíquica, en un diagnóstico. Es importante discernir la función que cumple el objeto droga en cada sujeto de cara a la dirección de la cura.

Por otra parte, estas viñetas también muestran cómo la adicción consiste en la expresión simbólica de conflictos ligados a la historia del sujeto.

10.4.1. Un caso de neurosis obsesiva

Desde la clínica de la obsesión, la función del alcohol y de los fármacos se ejemplifica a través de una función de aturdimiento del alcohol que fue descrita por Freud en 1896 como síntoma secundario de la defensa del yo contra la idea obsesiva: “El yo intenta defenderse de las ramificaciones del recuerdo, inicialmente reprimido, y crea en esta lucha defensiva síntomas que podríamos reunir bajo el nombre de *secundaria*.”

Juan acude en demanda de tratamiento con un síntoma cuya aparición data de veinte años atrás: cuando sostenía en brazos a su hija de cuatro años se le impuso la idea de hacerle daño. Su demanda de ingreso hospitalario apacigua momentáneamente el horror que sintió. A partir de ese momento inicia un consumo importante de alcohol y ansiolíticos que, junto con sus frecuentes visitas a la iglesia, le sirven para aplacar el retorno periódico de “pensamientos agresivos” que se desencadenan en él ante la presencia cercana de los niños. Podemos decir, por tanto, que en Juan el alcohol aparece eclipsando el surgimiento del síntoma, manteniéndolo en su posición de “no pienso”, no queriendo saber nada de su inconsciente.

10.4.2 Un caso de histeria

Del relato de una mujer adicta al alcohol y a la heroína hemos extraído algunos fragmentos que ilustran las modalidades del recurso a la droga en una estructura histérica. Se trata de una mujer atendida en un centro especializado en el tratamiento de adicciones, si bien ella no se presenta como toxicómana ni sitúa la drogodependencia como causa de su sufrimiento. El recurso a estas sustancias aparece como una forma de tratar las dificultades relacionadas con el amor y la sexualidad.

En su novela familiar se ubica como la preferida del padre, que es presentado como una figura idealizada. La madre es descrita como una mujer fría y dura que culpa a su hija de su frigididad y de su temor al sexo. De su infancia dice guardar un recuerdo feliz, asegurando no haber en ella nada que la enturbiara, como por ejemplo “haber tenido un padre alcohólico”. Irrumpe ahí el inconsciente como sorpresa, ya que ella sabe muy bien que su padre era dipsómano. Inmediatamente surge un recuerdo que ofrece una nueva versión de las figuras parentales: los gritos del padre cuando llegaba a casa borracho mientras la madre sufría en silencio su violencia. En su primera relación amorosa nunca pudo ser penetrada, porque quedaba paralizada, como si llevara “un corsé”. Un tiempo después y con ayuda del alcohol, pudo tener una relación sexual en un encuentro esporádico con otro hombre; así descubrió que beber le daba fuerzas y le tranquilizaba, posibilitándole sacarse “el corsé”. Así se inicia su adicción al alcohol, como medio que le permite soportar la angustia frente al encuentro sexual.

Paralelamente buscará la complicidad del padre para beber en su compañía, de la misma manera que luego beberá o consumirá droga con sus futuras parejas. Decide entonces abandonar la casa paterna en busca de aventuras. En este contexto conoce a un hombre, “el príncipe azul montado a caballo” de los cuentos de su infancia. Aventurero y brillante conversador, pero también adicto a la heroína y traficante de drogas. Puesto que era ella quien elegía a los hombres, decide visitarle/o por sorpresa. Acto seguido deja su trabajo y la ciudad donde reside y marcha a vivir con él. Es “por amor” que empieza a inyectarse “caballo” -significante que se emplea para referirse a la heroína-. Cuando sobreviene la ruptura con este hombre, sola, sin trabajo y sin amigos vuelve a la casa paterna y deja un tiempo el consumo de heroína y alcohol. Al mirarse en el espejo no se reconoce y su propia voz le resulta extraña; empieza a sentir asco de su propio cuerpo. Concluye que “para seguir sufriendo, mejor estar drogada”.

Si en un primer momento el recurso a la droga le facilitaba el lazo con el “Otro”, ahora volverá a consumir, pero en solitario y de forma compulsiva. Durante los siguientes años, identificada con ese objeto de desecho, no dejará pasar un solo día sin inyectarse ni beber, sustituyendo, según su decir, al “príncipe” por el “caballo”.

10.4.3 Un caso de psicosis

Se trata de un sujeto de diecinueve años que está comenzando el desencadenamiento de una psicosis. En esa época inicia el consumo de drogas, hachís fundamentalmente pero también alucinógenos y cocaína en ocasiones, obligado por “un amigo de su edad, aunque más maduro”. Después de estos primeros consumos prosigue en solitario la ingesta de hachís. Lo hace porque cuando no está fumado tiene los sentidos atrofiados, se siente extraño y no está “entero”. Sin embargo, estos primeros efectos del consumo se desvanecen tempranamente y reaparecen la ansiedad y la atrofia corporal. No puede salir a la calle pues se presenta toda una serie de fenómenos referenciales. Es internado en un centro para drogodependientes, donde pone freno a su consumo de droga. Se escapa del centro y vuelve a su casa. Allí continúa lo que él denomina la “manía persecutoria”. En la televisión hablan de él, en la calle la gente lo mira mal, alguien controla todos sus movimientos.

Podemos aislar en este caso dos funciones de la droga que hemos encontrado también en otros casos de psicosis:

1.- Poner, inicialmente, cierto límite a la irrupción de goce que retorna en el cuerpo. Recordemos que el chico siente su cuerpo atrofiado y que el consumo de hachís y otras sustancias aminoran este síntoma en un principio.

2.- Atribuirle la causalidad de los fenómenos elementales. Es la droga, según su hipótesis, la causante de todo lo que oye y de que los otros no paren de mirarle. De lo que él denomina “la manía persecutoria”.

Resumiendo, en cuanto a la articulación entre la función del consumo y la posición del sujeto en la estructura, se puede observar que en la neurosis dicho consumo tiene como efecto que el sujeto se haga pareja prácticamente exclusiva de un objeto y comience una vida en la que obtenga un goce solitario que obstaculice otras facetas humanas como el amor, el sexo y el deseo. En algunas psicosis, el consumo funciona a modo de “suplencia”, de estabilización que refuerza unos lazos sociales de cuya fragilidad nos testimonian frecuentemente estas personas.

Por su parte, el sujeto perverso hace, mediante su consumo, convocar allí mismo la angustia del Otro, encarnado en la familia, en lo social, en lo institucional, etcétera.

10.5. EL USO DE LA ADICCIÓN: SOLUCIONES Y RUPTURAS

Si pensamos en la persona que consume de modo repetitivo y que sufre por ello, entenderemos que la adicción no es solamente un problema del *comportamiento*, sino un problema del *sujeto* y del *uso* que éste realiza de las drogas, uso que revela en cada caso y en el transcurso del tratamiento su estructura formal, sus determinaciones, sus causas.

Las últimas investigaciones que siguen los planteamientos lacanianos acerca de la función que cumple el uso de drogas en un sujeto, concluyen dos distintas modalidades de uso:

Solución. En el sentido de que la droga o el objeto de repetición puede ser un medio a través del cual el sujeto trata de obtener un cierto alivio a su malestar, una salida más o menos estable y eficaz ante algo insoportable para él. “Esta solución puntual puede verse acompañada de efectos estabilizadores cuando pone en juego una identificación -por ejemplo, el sujeto puede decir ‘soy toxicómano’-, obteniendo de este modo un apoyo imaginario que, aún siendo precario y próximo a lo peor, puede ser suficiente para darle un lugar en el vínculo social. Así, encontramos algunos casos de cronificación en los recursos asistenciales. La experiencia nos muestra que muchos sujetos psicóticos se ubican en esta modalidad”, Borderías, Andrés (2005). Si no es adicto, no es nada. En este sentido caminan las investigaciones acerca de sujetos psicóticos estabilizados por la heroína, señalando que es justamente cuando entran en un proceso de desintoxicación cuando la psicosis se desencadena.

Ruptura. Porque el sujeto puede recurrir al consumo de drogas para eludir el encuentro en el campo del deseo, de la sexualidad, de su propia historia, incluso de la palabra. Mediante la adicción se accede a un goce autoerótico, pues su vida gira en torno al objeto y las prácticas en relación a ese objeto. La adicción no precisa el concurso de nadie y es problemática, pues rápidamente se aleja de las coordenadas del placer y muestra su exigencia imparable hacia la autodestrucción. Esta ruptura se da en la estructura neurótica; podríamos decir que es una vía de cortocircuito inducida.

Parte II

ARTE, CREACIÓN Y REPETICIÓN

11

¿CREACIÓN VS. ADICCIÓN?

11.1 ¿CREACIÓN VS. ADICCIÓN?

En algunos textos que tratan la clínica de las adicciones hemos podido encontrar que incluyen la adicción al arte. Creemos necesario detenemos en este punto ya que es un tema complejo y que merece una atención especial ya que el arte lo merece.

En este capítulo expondremos una manera diferente de entender las adicciones. Intentaremos ofrecer un punto de vista no lejano ni ajeno a la clínica, dejaremos por unos momentos el enfoque puramente psicológico y nos preguntaremos por la diferencia entre creación vs. adicción. Antes, vamos a tratar de clarificar qué entendemos por creación, cómo son las personas creativas, qué les hace ser diferentes, si es que lo son, y por qué consideramos que la creación es un proceso opuesto a la repetición de la adicción.

El arte es quizás la mejor expresión de las ideas y de los sentimientos de cada época; implica, como expresara Krishnamurti, ponerlo todo en su lugar correcto. En el Románico (siglos XI-XII), por ejemplo, se tenía la visión de un Dios Juez (Pantocrator) cuyo correlato más visible se halla en la manifestación de una fe sobrecogedora y en unas iglesias construidas con poca luz para tal efecto. En épocas posteriores como la del Renacimiento (XV-XVI), encontramos una *Gute Gestalt* tranquilizadora, sosegada, un período de renovación en forma de regreso a los clásicos grecorromanos, donde la razón envolvía al

arte, alzando lo racional a lo más elevado. En esta época Miguel Ángel afirmará: “Un hombre pinta con el cerebro”, Rudolf y Wittkower (1992). O frases tan renacentistas como la de Leonardo: “La pintura tiene que ver con la filosofía natural [...], es una ciencia de verdad”. El Barroco nos devolverá la tensión, “supone la opción por formas tensas (la tensión es una de los tres elementos dinámicos de la imagen) en contraposición con las formas atensas del Renacimiento”, Justo Villafañe (2000). El Romanticismo (siglos XVII-XIX), por su parte, retomará la importancia de los sentimientos. Una historia ni lineal ni ondulante sino más bien en espiral que se repite pero avanza paulatinamente, donde el arte dependerá también de variables como la economía, la clase social, la cultura, ya que en una misma época los matices para una clase u otra serán diferentes. En relación al arte actual no faltan simpatizantes y detractores. Ya Ortega y Gasset (1925), en relación con la realidad, dijo que el arte “se ha propuesto denodadamente deformarla, romperla, romper su aspecto humano, deshumanizarla, [...] dirigirla hacia una minoría dotada”. Sin duda la lectura del arte actual no se puede realizar con los mismos parámetros que antes. Pero no es éste el tema que nos ocupa.

Poco a poco, al igual que en otros periodos históricos, los grandes paradigmas del pensamiento se van entremezclando con las nuevas corrientes. Un buen ejemplo de un periodo de transición es William Blake (1757-1827), conocido por sus ilustraciones y poemas como “Todo cuadro pintado con sentido y reflexión lo pintó un loco, apuesto un duro”, Rudolf y Wittkower (1992). Es considerado un personaje visionario, y es un buen ejemplo de la sempiterna lucha entre la razón y la intuición. Blake nos vino a decir que lo importante era la inspiración, aunque como personaje original, contradictorio y lleno de paradojas fue también un concienzudo artesano. George Steiner (2001) nos regala una interesante y grata anécdota del poeta. Dice Steiner que éste atacó en cierta ocasión duramente a Newton “por haber destrozado, agostando e inhumanizando, de alguna manera, la magia del arco iris”.

La psicología empieza a despuntar y a hacerse un hueco en el método científico, por lo cual se constituye como un saber difícil, “imposible” de criticar por aquellos que no dominen los “rigurosos” análisis estadísticos. La ciencia será la encargada de buscar la verdad en la naturaleza, la verdad de la identidad. Propusieron nuevas vanguardias en forma de nuevas concepciones, venidas siempre de la

razón, y una curiosa obsesión que perdurará en el tiempo por estudiar y diseccionar a los genios del arte. Se lanzaron a analizar lo parcial de la actividad y tuvieron un auge las teorías parciales o las mini-teorías que en principio ganaban en precisión. Pero el análisis científico del arte chocó con su propio método, ya que numerosos conceptos dejaron de estudiarse, debido en parte a que eran difícilmente medibles. Se abandonó, salvo raras excepciones, el análisis de la obra, asunto igualmente espinoso de cuantificar de forma global.

A esto se suma la escuela degeneracionista. Numerosos autores, en su mayoría franceses, comienzan de una forma u otra a vincular definitivamente la enfermedad y la genialidad, realizando múltiples paralelismos de igualdad entre los alienados, los malsanos y los genios. “En 1895 Magnan y Kegrain, en su libro *Les dégénéres*, insertan sin titubeos entre los degenerados a los hombres de genio”, José Luis Peset (2000). Uno de sus exponentes es el criminólogo y antropólogo italiano Lombroso, a cuya pluma debemos *El genio y el loco*. En esta obra llega a diferentes conclusiones, como por ejemplo que “el artista genio era una variante de la locura”. “Así vemos que el barómetro tiene influencia semejante sobre los dementes y los grandes intelectos”, Rudolf y Wittkower (1992). Según estos analistas del arte, “las consecuencias fueron devastadoras, [...] la psicología hizo una parodia de la personalidad artística, fomentó la alienación del artista”. Otras corrientes más o menos coetáneas intentaron definir y clasificar a las personas en tipologías, haciendo un esfuerzo por regresar a lo holístico de la persona, incluyendo la tipología del artista. A principios del siglo XX, la familia Pannenberg dirá que “los escultores, por su parte, son hombres de costumbres, respetuosos, más serios, más reservados. Los pintores eran impuntuales, e informales, impacientes, descontentos de la sociedad, obsesionados por la idea de libertad”, Rudolf y Wittkower (1992). Poco después irrumpe un nuevo método: el psicoanálisis. Un método que nos viene a decir que tenemos un inconsciente. Primeramente el psicoanálisis se empeñó en encontrar un sentido a las cosas, en entender a las personas, a los creadores, en analizar su entorno y su historia, realizando un examen casi arqueológico de la anamnesis de los artistas, de los significantes, de su intención, del lenguaje. En cuanto a éste último, el filósofo español Antonio Marina (1992) dirá: “Sólo el psicoanálisis lingüístico permite comprender las complejidades de un campo semántico”. El psicoanálisis

creó nuevos conceptos, ordenados en una nueva nosología, conceptos como la *sublimación*, dando un vuelco al análisis del arte. “El hombre se aparta de lo real, se retira al más hermoso universo de su sueño, si está enfermo, se transforma su enfermedad en síntomas [...]. Si posee el don artístico, psicológicamente tan misterioso, en lugar de transformarse en síntomas, sus sueños pueden convertirse en creaciones artísticas”, Freud (1979). Pero lo más importante es que el artista creador empieza a dejar de ser un ser patológico, es más, el arte como sublimación es saludable. Los pensadores comienzan a plantear otro tipo de cuestiones. Por ejemplo, Ramón y Cajal (1972), reflexionando sobre los artistas dirá que “cada cual finge lo que necesita por compensación de lo que tiene”.

El psicoanálisis se bifurca en dos grandes vías, la americana escuela del “yo” y la europea. En la primera, autores como Horney insistirán en su terapia, en la necesidad integradora-creadora de un “yo creativo”. Por otro lado, la corriente europea se caracteriza por un mayor rigor teórico y práctico. Las revisiones de Lacan, Miller, Eric Laurent, etc., junto con las asociaciones actuales en torno a la Universidad de Paris VIII, consolidan un método flexible y vanguardista de estudio clínico aplicable también al arte y, como consecuencia definitiva, el inicio de la despatologización de los artistas, de los creadores, en suma.

Este cambio, esta nueva visión del hombre se ve reflejada en frases tan célebres como aquella de Picasso: “El artista es un receptáculo de sentimientos, vengan de donde vengan”. Chagall, contestando a una pregunta sobre sus cuadros, dice: “no los entiendo de modo alguno. No son literatura. Son sólo disposiciones pictóricas que me obsesionan”, Rudolf y Wittkower (1992). Boris Vian, ingeniero, poeta, músico, artista, pintor, eleva a los altares la histeria discontinua de la creatividad, la incoherencia, el surrealismo en contraposición a la cultura obsesiva-repetitiva de la especialización y la razón de la ciencia.

11.2. EN CUANTO AL PLACER “ESTÉTICO”

El conductismo aportó poco al análisis del placer estético y de la creación. Fue con la llegada de la *Gestalt* que se retoma la percepción y se establecen las primeras leyes perceptivas, leyes teóricas que tienen plasmación en lo neurológico. Esta escuela pondrá el acento

en el conjunto, en la relación y sobre todo en el grupo, todo lo cual se traduce en nuevos aires para el análisis del arte. Todos los modelos pusieron su granito de arena e intentaron estudiar el placer estético. Incluso se intentaron aplicar teorías matemáticas para cuantificar el placer estético que no llegaron a cuajar, como fue el caso de Bense (1972), Eysenk (1941), Birkhoff (1931), Schuster y Beisl (1982) o Bavelas (1989). Pero la ciencia se apoyó, sobre todo, en el método experimental. Los estudios volvieron a centrarse en el análisis de variables simples ajustadas al método experimental: la creatividad, el color, la percepción, ya que la cuestión general de la personalidad del artista no había quedado bien resuelta por la psicología. Pero, como ocurrió con otros conceptos del tipo “voluntad” y “personalidad del artista”, se descompuso definitivamente en miniteorías. Ya no se volvería a hablar de la personalidad de los artistas, ni de la magia de los artistas, como dijera antiguamente Blake. Dicho de otro modo, “el significado de los conceptos ‘agua’ y ‘H₂O’ no son idénticos; uno de ellos, el del ‘agua’, tiene un significado cotidiano, de sentido común, mientras que el ‘H₂O’ tiene un sentido técnico. Una de las claves del funcionalismo cognitivo consiste en su pretensión de proporcionar explicaciones técnicas de los fenómenos psicológicos”, Marty (1999). Con la estadística podemos descomponer el agua y analizarlo, pero seguiremos sin saber qué significa una gota de agua para una persona, seguiremos dejando de lado la subjetividad de cada persona. La creatividad es estudiada como fenómeno excepcional. Y, junto con la emoción, como solución de problemas (aunque a nuestro modo de entender una persona creativa es también aquella que plantea un problema), como característica del ser humano. Se estudia psicopatología y creatividad, la creatividad y su vinculación con la emoción, la abstracción, el pensamiento divergente..., pero siempre desde las variables simples. Otros conceptos, como el amor, la voluntad o la personalidad de los artistas quedan fuera del análisis y de la investigación por ser conceptos complejos. Por ejemplo, encontramos que existen cientos de estudios experimentales diferenciales sobre estética que analizan las mismas variables, tan simples como, por ejemplo, qué tipo de personas prefieren el arte figurativo al abstracto.¹ Actualmente, a través del psicodiagnóstico, las pruebas psicométricas,

1.- Adrian Furnham, U London, 1988, 2001. David Rawlings, 2000. Ana Catina, Romania 1976. Lindauer, Martin, State U New York, 1987. Lindauer, Martin, State University New York, 1971, 1975. Wilson y Glenn, London, England 1973. Jamison, Kay, U California, Los Ángeles 1972. Knapp, Robert, Wesleyan 1960. Kloss, Marie, Sacramento State, 1970. John Osborne, U. Wisconsin 1970.

los test estructurales y subjetivos que utilizan el método correlacional desde un enfoque nomotético, como el 16 PF, es como la sensibilidad, la abstracción, es relacionada con la creatividad. Barron (1995) pone de manifiesto que la originalidad está vinculada al interés y a la preferencia por los fenómenos y espectáculos de cierta complejidad y desequilibrio. Por ejemplo, las personas originales, en una prueba de juicio de dibujos, preferían los dibujos complejos y asimétricos. En esta misma línea de trabajos sobre la creatividad y la personalidad se encuentra el estudio experimental de (Isidoro Martín 1976) Universidad Pontificia de Salamanca sobre “los rasgos aperceptivos de la personalidad creadora a través de los test de Warter y Rorschach”.

Uno de estos muchos estudios se debe a Csikszentmihalyi (1990), donde estudió a 90 sujetos que socialmente eran creativos. Los resultados de este estudio se pueden resumir así: “Estas personas creativas muestran tendencias de pensamiento y abstracción complejas, que contienen extremos contradictorios [...] sujetos que tienen un amplio abanico de posibilidades”, Csikszentmihalyi (1990). Ya entrados en el siglo XX, junto con su “evidencia empírica”, que pone en cuestión la consistencia transituacional, la estabilidad temporal de los rasgos de personalidad, se propone otra nueva forma de entenderlo; el situacionismo. Pero, a fin de cuentas, todo el mundo tiene interés en estimular y fomentar la creatividad, como, por ejemplo, en la educación, aunque no se ha puesto el mismo interés o no se ha progresado en analizar los mecanismos de la creación.

En cuanto a patología y genialidad, Pinzhrn (1922), Kris (1952), Navratil (1974), Müller (1974), Bader (1975) y Schuster y Beisl (1982), afirman que sólo se crea si antes ya se es artísticamente creativo. “En este sentido la manía o hipertimia, por la exaltación y liberación de impulsos, hace muy difícil el desarrollo de una auténtica creación”, Francisco Alonso (1984). Hace unos años, asistiendo a una asignatura de Bellas Artes que tenía por título Psicología del Arte, el profesor pidió a los alumnos un trabajo sobre un artista, y añadió: “Por favor, hablemme de cualquier artista menos de Van Gogh, siempre habláis de Van Gogh...”.

Parece ser que sigue existiendo en la actualidad una cierta atracción por el genio “loco” y, pese a todo un siglo de despatologización de la creatividad, sigue estando vinculada a lo “raro” y no a lo diferente, universal y sano.

11.3. EL ARTE ¿SUBLIMACIÓN O ABUSO?

Nos preguntamos: El arte, en general, ¿puede llegar a ser una conducta compulsiva como otras muchas?, ¿puede convertirse en una conducta patológica del ser humano? Percibimos y nos damos cuenta de la excitación que expresa el sujeto, del refuerzo del aplauso y de la proyección *narcisista* de la creación. Por otro lado, observamos la dificultad de crear que tiene una persona con problemas de ludopatía, o una persona con problemas de bulimia. Nos preguntamos si podemos situar estas diferencias en el continuo repetición vs creación, acumulación vs ingenio, aburrimiento vs amor. Evidentemente, podemos distinguir determinada sintomatología en la conducta de un artista, como abatimiento, desorden, signos de alarma como la obsesión, etc. Generalmente esta conducta se diversifica de muchas maneras: continuar pintando o dibujando, esculpiendo, dejarlo una temporada, unos días, volver a ello, y así sucesivamente.

En este sentido, ya sea en cualquiera de sus formas, la creación artística puede convertirse en una obsesión. Recordemos si no la película realizada sobre la pasión de Camille Claudel. Es frecuente encontrarse a personas artistas que dicen sentirse fuera de tiempo y lugar cuando están inmersos en su creación, en una especie de laguna temporal, donde una noche enlaza con la siguiente noche. Pierden la noción del tiempo. Las comidas se alteran o suprimen. Se da la distraibilidad después de mantener la atención durante mucho tiempo. Vemos un estrechamiento de la atención, se comenten más errores y el rendimiento es menor. Disparidad de horarios. Fatigabilidad en la atención: la persona puede estar concentrada sobre pocas cosas. (Todo esto remite a la creencia popular sobre la vida del bohemio y sus modos apasionantemente excéntricos de vivir.) Las actividades sociales o familiares, en muchos casos, desaparecen, quedan omitidas, deshechadas. A este proceso algunos clínicos lo califican de potencialmente adictivo. Pero el proceso de creación, como contemplar el lienzo blanco durante un rato, realizar algún pequeño ritual, un primer esbozo, y pasarse horas con la obra dejando el mundo a un lado, es, desde nuestra perspectiva, algo *normal*, incluso lo entendemos como un mecanismo sano de sublimación. En principio, podemos hablar de un abuso, pero un abuso discontinuo en el tiempo, que efectivamente puede canalizar temporalmente conflictos, una vía

de escape que se presta a conducir a un lugar más apacible a la persona, una solución a las crisis emocionales, regresiones, revisiones vividenciales... Ahora bien, discontinuo, por ejemplo, lo es una máquina tragaperras, soporte éste que permite una continuidad lineal; sin embargo, el arte requiere técnica y creación y, para ser exactos, vale decir que la creación es discontinua. Por tanto, lo entendemos como un fenómeno transitorio que puede ser una nueva puerta, una destilación, una vía para simbolizar, una canalización o sublimación de periodos evolutivos, crisis no resueltas, o un simple placer. Por otra parte, una persona puede obstinarse en ser laboriosa, detallista, pero no tener demasiada imaginación, con lo cual el arte no será un buen vehículo para la compulsión, ya que el resultado final no depende únicamente de la voluntad para la repetición. En este caso hablaríamos de *artesanía*, donde sólo participa la técnica y no la creación original.

Una persona, tras haber jugado cuatro horas seguidas a una máquina tragaperras, se siente mal, irritable, de igual modo que una persona después de haber jugado a juegos de ordenador hasta el amanecer se siente a su vez irritable, fatigada y con sentimiento de culpa. Esto no ocurre con el arte. Después de pasarse horas pintando o creando, una persona se puede sentir muy fatigada pero, por lo general, satisfecha u orgullosa de su creación y de sus avances.

11.4. CREACIÓN DEL ARTE VS ABURRIMIENTO DE LA ADICCIÓN

En definitiva, la actividad artística la podemos entender como potencialmente positiva, y, en el encuadre de una conducta sana frente a la adicción o dependencia que se manifiesta, como la pasividad de la repetición del mismo hecho, algo similar a la muerte pues, según Kierkegaard (1984), “lo único que se repite es la imposibilidad”, repetición que se aleja del concepto vital de la creación y de la construcción continua de la identidad, creación aplicable a cualquier terreno, no sólo al arte. Compulsividad, entonces, de la repetición, que sería como recordar sin encontrar la solución o sin desenterrar lo que se desea sacar fuera. Repetir un mismo significativo hegemónico que la persona tiene dificultad en integrar y que se refleja

en lo igual, semejante o parejo, restaurando la pérdida día tras día. Una repetición reflejada en actos que no tienen fin y corre el riesgo de convertirse en goce, un goce un tanto trágico, ritualizado y este-reotipado. No es de extrañar que entre diversas épocas creativas, el artista alterne otras en las que cesa su actividad. “De igual manera que la creatividad no correlaciona con el conocimiento, la creatividad no es una actividad propicia para la repetición, lo parigual.” Arheim (1993) plasmaba estos comentarios en su obra *Consideraciones sobre la educación artística*. El artista se ha definido siempre en la literatura como independiente. Erich Fromm habla de las personas creativas como descubridoras, personas que progresan, producen y, sobre todo, son independientes, o como decía Blake: repetir es fácil; la repetición de lo igual o parigual hace disminuir eso que llamamos individualidad y el ser original; el repetir nos llevaría a tener más sensación de miedo, acotando nuestra libertad. Podríamos poner un ejemplo visible imaginando una línea, una línea continua y en cada uno de sus extremos un polo opuesto, repetición vs creación, digamos, y donde cada persona se situaría en un lugar diferente de ese *continuum*. En suma, no hablamos únicamente del soporte, del medio que denominamos actividad creativa; hablamos, sobre todo, de las personas que crean, sea en el campo que sea, no sólo en el artístico. No consideramos que la creación (el arte) sea un vehículo propicio para la repetición por su discontinuidad adictiva, debido a su propia idiosincrasia, no se puede considerar como una columna facilitadora o potencialmente adictiva. Aparte quedaría el debate de la utilización que una persona con una estructura neurótica, obsesiva, histérica o psicótica pueda hacer de las actividades artísticas, de manera que las combinaciones serían infinitas, ya que siempre encontraremos honrosas excepciones a todas estas explicaciones. El uso y el abuso como necesidad, no serían el eje principal de cara a la terapia; lo sería en cambio su estructura, su posición en el continuo de esa línea y no tanto la actividad. Por último creemos que la tradición de vincular arte y locura ha derivado, entre otras cosas, a la vinculación del arte con otros conceptos de la psicopatología como la repetición de la adicción.

Un ejemplo, para finalizar, a modo de anécdota, algo que le sucedió a Fernando con un estudiante de Bellas Artes. Comentaba el muchacho que se había pasado todo un curso pintando borrachos. Incluso en el

examen final, en el que les pusieron a los alumnos como ejercicio dibujar a una estupenda modelo desnuda, él dibujó un borracho. Entonces le pregunté: “¿Qué nota te pusieron?” Me contestó: “Sobresaliente”. Y añadió: “Desde entonces, dejé de pintar borrachos”.

Parte III

¿ADICCIONES NUEVAS?

12

DEL USO-ABUSO A LA ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

12.1. LOS VIDEOJUEGOS

El entretenimiento favorito de los niños hoy en día, en su gran mayoría, son los videojuegos. Comprobamos que cada vez son más elaborados, más sofisticados, y cada día se juega más y más. Por una parte encontramos jóvenes que hacen un uso adecuado de los juegos, desarrollando destrezas y compartiendo e intercambiando sus máquinas con otros compañeros. Por otra, jóvenes que se pasan horas y horas, solitaria e inútilmente, delante del monitor o con la consola en mano. Pronto al nuevo colectivo de jóvenes se sumarán más mujeres y hombres de más edad, entre otras cosas porque son precisamente los nuevos colectivos diana favorita de las empresas de videojuegos.

Las consecuencias de estos excesos se reflejan fundamentalmente en una falta de atención, en un bajo rendimiento académico, en unas relaciones familiares escasas o malas, en definitiva, en una especie de “autismo” del goce que puede conllevar una ruptura del vínculo social. Aunque parece haber consenso en que la pasión por los videojuegos sería en general pasajera y en que tras la novedad de un determinado juego decaería paulatinamente el interés, todavía estamos lejos de conocer las consecuencias reales del abuso. En los albores de la investigación, encontramos algo de literatura al respecto. “En un estudio realizado con una muestra de 2.322 sujetos, compuesta por niños y jóvenes de ambos sexos, los resultados muestran que las pun-

tuaciones medias en agresividad aumentan en aquellos grupos de sujetos que pasan más tiempo viendo TV y/o interactuando con videojuegos, y que son aún mayores si los contenidos de estos programas son más agresivos. Dichos resultados, concuerdan con los de otros estudios en los que se ha relacionado la exposición a la violencia con puntuaciones mayores en agresividad y/o con comportamientos agresivos”, Carmen Santiesteban (2005). En otros estudios, correlacionaban las variables jugar muchas horas a los video-juegos con leer menos o sacar peores notas.

Cada día constatamos con mayor intensidad el fenómeno del joven aislado, una especie de nuevo síndrome que podríamos llamar *síndrome del enredado*, uno de cuyos síntomas podría ser encerrarse en el cuarto pertrechado de la consola, del móvil, conectado a la Red, “enredado” en toda suerte de tecnologías. Podríamos decir que es como una especie de policonsumidor de las nuevas tecnologías, un joven rodeado de aparatos y aislado del mundo. Generalmente observamos en muchos de estos casos la existencia de padres que no disponen de tiempo suficiente para estar con sus hijos.

Mientras algunos psicólogos, en su mayoría profesores de universidad, sostienen que no existe adicción a los videojuegos, ciertos clínicos siguen abriendo centros exclusivamente para tratar esta dependencia, En Ámsterdam, la consultora de adicciones *Smith & Jones addiction Consultants* ha creado un nuevo centro para tratar exclusivamente esta problemática. Según su director Keith Backer, se trata de una dependencia que tiene un claro síndrome de abstinencia y tolerancia. Uno de los objetivos de este centro es, por paradójico que parezca, que los adictos vuelvan a comunicarse. “Nos vienen sin saber comunicarse con otra gente cara a cara porque han empleado sus últimos tres años de su vida hablando con alguien de Corea a través del ordenador”, Jesús Rocamora (2006). En cuanto al síndrome de abstinencia, ciertamente hemos observado que pasa pronto. Los videojuegos no son ni buenos ni malos, pero sí pueden llevar a crear un *impasse* en el tiempo, consecuencia de su mala utilización. La capacidad de generar satisfacción y estimulación no debe llevarnos ni mucho menos a condenarlos ni a juzgarlos desde posiciones moralizantes, ya que, en su mayoría, los videojuegos son divertidos y algunos de ellos han sido calificados de fascinantes. La dependencia tiene una línea divisoria en ocasiones muy sutil, una línea divisoria

muy tenue entre el hábito y el abuso. No hay que olvidar que son miles los que juegan a los videojuegos, por lo que no es de extrañar que algunos de esos miles tengan problemas. Así, las personas con problemas previos encontrarán una válvula de escape excelente. En este sentido jugar acaba siendo el síntoma de otra cosa, un medio para expresar una conducta inapropiada en lo cotidiano de su intimidad, incidiendo de modo exagerado en el aislamiento y creándose una nueva realidad desvinculada de lo social.

En la controversia de si concretamente los videojuegos son o no adictivos, o de si jugar provoca adicción encontramos algunas observaciones dignas de mención. En primer lugar parece un hecho comprobado que se dan muchos más casos de abuso de los deseables, los cuales no demandan tratamiento alguno. Es aquí donde los críticos sostienen que evidentemente hay pocos casos constatados de adicción documentados, y es cierto que en la mayoría de los casos es algo pasajero. Pero también es cierto que encontramos abundantes casos de abuso. En este sentido no podemos seguir los mismos criterios y patrones teóricos que en los años 80, cuando se dio la epidemia de las drogas en España y cuando era más evidente la línea divisoria. Cuando todo era una cuestión de blanco o negro, cuando los síntomas de la heroína eran más que evidentes y abrumadores. Por lo general, los teóricos suelen ir por detrás de la realidad social y tardan en reaccionar ante los nuevos ciclos. Ciertamente “la tecnología opera de manera autónoma, independientemente de las restricciones políticas, sociales o morales y que llega, incluso, a la producción de sus propias normas de funcionamiento y desarrollo”, Gordo Megías (2006).

Pasarse 11 horas al día escondido en la habitación jugando a videojuegos genera diferentes problemas y dificultades que no encajan a la perfección en nuestros modelos teóricos de trastorno adictivo. El aislamiento es un comportamiento más sutil, más justificado, ya que el individuo puede muy bien alegar que está haciendo otra cosa, algo valioso y no carente de interés, pues nadie sabe a ciencia cierta lo que hace frente al ordenador. Esta persona probablemente no robará y no creará alarma social. En ocasiones se ha afirmado certeramente que es una dependencia “asintomática”, aséptica, que no deja signos que puedan ser observados por el clínico. Es algo relativamente nuevo en nuestra sociedad, y lejos de seguir con el debate trasnochado de si es o no una adicción, lo que es una evidencia es que un alto por-

centaje de las personas que atendemos abusan de los ordenadores, de los juegos, de las compras a través de Red, etc. Lo que parece cierto es que desde hace tiempo vienen pidiendo ayuda adolescentes en compañía de sus padres. El estudio más reciente se ha llevado a cabo en las Islas Baleares. Se encuestaron 800 personas y se concluyó que “un 6% hace un uso problemático de la red, no tienen control sobre el tiempo que pasan frente a la pantalla, hay una disminución del rendimiento académico, manifiestan ansiedad e irritabilidad cuando no se pueden conectar”, José M^a Vázquez (2006).

Recientemente han salido estudios que han ido valorando estas consecuencias y verificando al mismo tiempo las secuelas y efectos a nivel físico de los videojuegos. Un estudio de Bruno Baladro (2006) evaluó los efectos a corto plazo en varios índices fisiológicos y psicológicos, concretamente la presión arterial y la ansiedad, comparó dos grupos, los que jugaban a juegos violentos y los que jugaban a otros juegos. Los resultados mostraron que las personas que habían jugado a juegos violentos mostraban un aumento del estado de ansiedad al terminar los juegos y un aumento de la presión arterial sistólica.

Un reciente estudio presentado en el V Foro Europeo de Investigaciones de Neurociencia 2006 celebrado en Viena y realizado por el Instituto de medicina psicológica de Berlín (*Interdisziplinäre Suchtforschungsgruppe Berlin (ISFB), Institut für Medizinische Psychologie. Charité - Universitätsmedizin Berlin*), concluía que, tras diferentes pruebas llevadas a cabo con el electroencefalograma, y según su coordinador del estudio Ralf Thalemann (2006), “las reacciones cerebrales de las personas que juegan con video-juegos en exceso son similares a las de los alcohólicos o los adictos al cannabis. El jugar abusivamente libera cantidades importantes del neurotransmisor llamado dopamina, creando una especie de memoria de adicción”.

Teniendo presente que las cosas no son en sí ni buenas ni malas, y que es el mal uso que hacen las personas lo que genera consecuencias, también es cierto que los videojuegos tienen la capacidad de generar estimulación e incentivo, lo que los hace potencialmente adictivos. Si la evidencia clínica nos ha puesto de manifiesto desde hace tiempo que tanto niños como adolescentes abusan de algunos juegos, hoy también encontramos a jóvenes de hasta 35 años que se pasan todo el día con la consola, *Xbox, Playstation*, etc.

Cada vez existen muchos más juegos, mucho mejor diseñados, más intuitivos, lo que aumenta la tensión de los video-jugadores e involucran al personal en partidas interminables como *Seven Kingdoms*, *Imperium*, y otras. La sofisticación de estos juegos y su elaboración cada día es más exquisita, se puede modificar y aumentar la dificultad y existe la modalidad de una continua invención. Ganar siempre resulta agradable. Determinados juegos no ponen un límite, y pese a que uno es protagonista no te ofrecen controlar el final, entrando así en una partida eternamente en tablas, lo que puede fomentar el descontrol. Algunas personas llegan al final del juego y descubren que todo a su alrededor sigue siendo aparentemente normal, nada ha cambiado; si se aburren, bastará con apagar el ordenador y dedicarse a otra cosa. Pero hay aquellas que, presentando problemas previos, se podrán pasar jugando horas y horas con verdadera ansia, aumentando la tolerancia y desarrollando el síndrome de abstinencia. Pasando del abuso a la adicción con pérdida de control, desarrollando una doble vida. Se tornan irritables, se enfadan por asuntos sin importancia o hacen “oídos sordos” ante las peticiones de cambio de su familia; utilizan el chantaje para poder sacar más horas al ordenador, mienten e incluso reaccionarán agresivamente si ven amenazado su tiempo. Evitarán comer, pues lo consideran una pérdida de tiempo. Llegarán al extremo de hacer sus necesidades en un orinal para evitar así salir del juego en Red. Un encuadre armónico entre las cuatro paredes.

Este es el caso “R” un joven de 28 años. Burgos.

Al principio cayó en mis manos un juego de estrategia, me lo regalaron por mi cumpleaños, se parecía a los juegos que yo tenía de pequeño pero mil veces mejor diseñado y cómodo, estaba muy emocionado. Empecé jugando como entusiasmado, al principio 3 o 4 horas. Poco a poco la cosa me iba gustando más, podía modificar mundos, mapas, cambiar los personajes a mi antojo, como en la propia realidad, tenían sus propios nombres. El deseo de ganar era intenso, era un desafío continuo el superar dificultades. Pronto una partida me podía llevar 5 o 7 horas, que hacía de una sentada. Era el único momento durante el día que era feliz. Cada vez me hacía más experto, jugaba más rápido y mejor. Ocurrió que pasaba tanto tiempo delante de la pantalla que empezaba a darme vergüenza que otras personas me vieran jugando, sobre todo, la familia. Así que esperaba a que no hubiera nadie en la casa. Estaba deseando que llegara ese momento,

dos o tres días antes ya estaba nervioso y, cuando me quedaba solo, podía pasarme hasta 12 horas seguidas.

Quería quedarme solo en casa, era como un autentico “subidón”, me tiraba jugando hasta que amanecía. Ahora miro atrás y tengo cierta culpa de la inmensa cantidad de tiempo que perdí, ya que así me pasé unos cuantos años, no quiero ni pensar en cuántos. Podría incluso haber estudiado una carrera por la UNED. En esa época estaba en una empresa de trabajo temporal y vivía con mis padres. Mi ánimo no era muy grande que digamos. Algo me pasaba... Estaba desanimado. Lo que sí es cierto y recuerdo perfectamente es que deseaba enormemente jugar. Era lo único que me entretenía en mi aburrida vida. Estaba tenso, angustiado, ansioso hasta que conseguía empezar una nueva partida. Y después de un montón de horas me sentía agotado y, sobre todo, muy irritable, no me comunicaba demasiado con la gente, más bien me daba totalmente igual la gente, yo estaba deseando estar en mi mundo, en mi cuarto y solo, en mi universo particular donde nadie me decía nada, ni me podía decir nada. Nadie me incordiaba. Tampoco me daba tiempo a casi nada ya que cuando terminaba era demasiado tarde. Los ojos me ardían, me escocían, los tenía como irritados. Muchas madrugadas terminaba con ganas de llorar, incluso me llegué a bofetear a mí mismo varias veces. Un juego lo tuve que tirar, ya que me produjo un gran mareo y ganas de vomitar; también es cierto que no levanté la cabeza de la pantalla durante 8 horas seguidas. Recuerdo que ya estaba amaneciendo y no había cenado. Desinstalé los juegos unas 13 veces pero siempre volvía a instalarlos, los tiraba o regalaba. Pero siempre volvía a jugar y a comprarlos. Lo que me molestaba era el perder tantísimo tiempo, y para colmo, cuando terminaba estaba de mal humor. Ahora estoy bien, pero sigo creyendo que me puedo enganchar a cualquier cosa.

(Fernando Pérez del Río 2001)

12.2 TV

Realmente el poder adictivo de la televisión no es muy grande, ya que no se tiene control sobre lo que ocurre, y el único control es el de cambiar de canal, por eso nos inclinamos a entenderlo más como un abuso. En una película de Woody Allen un niño pregunta al cineasta: ¿Quién manda en tu casa? Allen contesta: Mi padre, pero mi madre maneja el mando a distancia. En ocasiones se ha afirmado que

el mando se convierte en el objeto de poder y control en el ambiente familiar. Sea o no un ejemplo anecdótico de poder, lo cierto es que nos encontramos con personas que en poco tiempo desgastan los dibujos de los botones del mando a distancia haciendo continuamente *zapping* sin que esto se deba a ningún tipo de tic nervioso. Es una conducta repetitiva, insistente, esta de cambiar de canal buscando “algo” que no se encuentra. Apenas hay tiempo para el análisis y el seguimiento de una historia en profundidad. Se convierte en un rutinario hábito de ver en paralelo dos o tres películas a la vez y, al mismo tiempo, aumenta la falta de interés por otras actividades. Si el tedio lleva a la televisión o la televisión lleva al tedio es una cuestión que habría que considerar en cada caso. Aunque haya personas que pueden ver 10 horas de televisión al día, existe una gran tendencia a negar que se abusa de ella. Porque un hábito como este puede llegar a ser abusivo.

Una de las consecuencias más destacables de la TV ha sido estudiada por numerosos autores de la psicología social, entre ellos Gerbner. Sus estudios convergen a la hora de mostrar sus resultados, en el sentido en que la TV deforma las ideas de las personas y fomenta la creación de estereotipos. De forma general la psicología social nos ha mostrado en repetidas ocasiones que aquellos que ven mucha TV creen que el mundo es más peligroso, incierto, engañoso, egoísta, de lo que en realidad es.

12.3 LA RADIO

Al igual que ocurre con la televisión, su potencial adictivo es pequeño, pues la interacción es mínima, es decir el único control que se ejerce es cambiar el canal. En este sentido lo catalogamos más como un soporte para desarrollar un hábito que para el abuso. Escuchar la radio es algo habitual, en cualquier situación, lugar o momento, en el trabajo, mientras se come o mientras se pasea. Hay personas que escuchan la radio antes de acostarse y si un día no la tienen encendida sienten más soledad y, en ocasiones, al tener asociado el dormir con el escuchar la radio, les lleva tener un poco más de dificultad a la hora de conciliar el sueño o dicen sentir más extrañeza. Aunque en la mayoría de los casos no tiene mayor importancia. Estamos ante

un hábito común y sano: nada más habitual que disfrutar de la buena compañía de la radio. El hábito abusivo tiene una repercusión muy leve, casi inexistente en cuanto a la repetición, y lo más destacable a la hora de abusar de uno de estos aparatos es que podría provocar una situación un tanto “autista” de aislamiento. En la mayoría de los casos de abuso es una forma de evitar la soledad, cada día más frecuente; en otros, es simplemente un modo de informarse, de llenarse continuamente de estimulación. En ocasiones encontramos personas psicóticas que no se separan de la radio; según ellos es una manera de confundir y mitigar las voces y alucinaciones auditivas que dicen padecer.

12.4. LOS TELÉFONOS MÓVILES

Una persona puede hablar por su móvil todo el día en un parque y ser considerada no obstante una persona socializada. Una persona que habla por este medio no tiene por qué tener ningún problema. Adolescentes enamorados, buenos amigos pasan horas hablando por teléfono; más que recomendable, es algo necesario. Pero como casi siempre el límite está en llegar a tener necesidad ansiosa de hablar por el móvil, usar ese canal para aliviar la tensión de forma compulsiva, usar la comunicación para obtener repetidamente placer hasta la extenuación o el aburrimiento sí puede ser peligroso. Este aparato se convierte en un instrumento irresistible. El llamar, por ejemplo, desde el supermercado para advertir que en dos minutos uno estará en casa puede parecer algo precipitado pero con todo no deja de ser “normal”. El límite reside en que tener el canal de comunicación abierto permanentemente a los demás puede convertirse en una obsesión. Cuando estas personas no pueden hablar por el teléfono desarrollan verdadera inquietud, ansiedad, irritabilidad, hasta poder comenzar de nuevo, y para ellos cualquier llamada es de vital importancia. Generalmente las personas que más vienen a la consulta por este motivo son las mujeres y aquellos que viven en soledad. Ambos grupos manifiestan sentimientos de vacío y muestran elevada ansiedad.

Cuando el abuso se hace más claro y perceptible para la gente que rodea a estas personas es cuando llega la cuenta del teléfono. Casos de medio millón de las antiguas pesetas pueden ser frecuentes, que

no sorprenden si tenemos en cuenta que, sobre todo, antes se llamaba más a *party-lines*, teléfonos eróticos. Algunas personas, curiosamente, reconocen que sabían perfectamente que la *party-line* estaba amañada, que siempre es la misma gente, refiriéndose a la gente que trabaja en las líneas 906. Pero ellos seguían llamando. De sobra es sabido los frecuentes fraudes que se dan en estas líneas: llame usted mañana para darnos más datos y buscar su pareja ideal. Timos que prometen encuentros y contactos que no se llegan a producir.

Ahora aparecen los *smart-phones*, una mezcla de teléfono y agenda con conexión a la Red para poder recibir los correos electrónicos, para algunos un aparato ideal, para otros un “tecnoestrés” que hace furor entre los profesionales en Estados Unidos al poder estar conectados a su trabajo las 24 horas. Hoy en día ya sería anticuado hablar sólo de teléfonos móviles.

Este sería un buen momento para la prevención, ya que en cuestión de adicciones siempre llegamos tarde. Aprender a organizar el tiempo de ocio, a usar las nuevas tecnologías para no depender nosotros de ellas, para que no sean una prolongación insidiosa de nuestra identidad, aprender a generar control internamente, saber separar y guardar distancia. Aprender a gestionar la ansiedad y lo emocional sin emplear mal las nuevas tecnologías. Saber perder el hilo de la repetición angustiada sin fin de las nuevas tecnologías como vínculo emocional, saber posponer, parar y controlar toda esa fuente inagotable de estimulación, brillos, sonidos, etc. Apreciar el estar solo y saber estar solo sin tener tres aparatos a tu alrededor. Saber perder el tiempo. Atribuir confianza al usuario para que él mismo salga del automatismo y de los círculos repetitivos. Atribuir responsabilidad para resolver “problemas”, entender lo que significa y qué función tiene la repetición cegadora para la persona. A fin de cuentas, empezar a crear y escapar del cortocircuito.

En este caso vemos que la dependencia tiene sutiles diferencias. No sólo se mantienen conversaciones interminables con otras personas, sino que constantemente están pendientes de tener cobertura, tener cargado el móvil, comprobar repetidas veces si ha llegado un mensaje o si “tienen algo” en el buzón de voz. Se cambia de compañía frecuentemente, se personaliza el móvil. Antes de sentarse en el sofá colocan el móvil al lado y así en todo tipo de situaciones, afeitándose, haciendo la comida.

Ser receptores, estar conectados, cada llamada podrá ser un gran negocio, una oportunidad o una urgencia, un contacto. Pero realmente no importa tanto la persona con la que hablen, lo que importa es estar vinculado. Alguien que les genera control e identidad desde fuera. En ocasiones se ha destacado la posibilidad de que sean personas ansiosas y con una baja tolerancia a la frustración de la soledad, una soledad no deseada. La no tenencia se responde con enfado. Sienten el desastre a su lado, se ven desprotegidos ante el mundo. La voraz necesidad de que les escuchen y de escuchar a otro. Ya que es el otro quien certifica de algún modo que aún estamos vivos, que todavía existimos.

12.5 ¿ADICCIONES A INTERNET?

En el año 2001, en el portal de Navegalia donde se podían hacer preguntas al resto de los navegantes, un internauta colgó en la red la siguiente: “Los *chats*, ¿son adictivos?” Los propios navegantes contestaron en un 85 % que sí, suponemos un sí que ha tenido presente que detrás de toda adicción están la dependencia, la anulación, el borrón, el vacío; a lo mejor esto es mucho suponer. Lo cierto es que cada vez es más frecuente encontrarse con navegantes que reconocen estar más que enredados en la Red. Podemos encontrarnos con el maratón de pasarse en la habitación cuarenta horas a la semana delante de la pantalla y a fin de mes tener un gasto alarmante en teléfono, si aún no se tiene tarifa plana. Alentar una apasionante personalidad enmascarada bajo tu *nick*; estar ansioso por ver tu correo cada hora, crear un mundo a la medida de las dimensiones de la habitación que se transforma en una solitaria torre de marfil, son síntomas de estar enredado. Hace poco recibimos un simpático correo electrónico de un amigo hiperenredado y feliz en su enredo, el cual contaba: “El mejor amigo del hombre ya no es el perro sino la tarifa plana”.

Se comentaba en la Red en el año 1998 uno de los primeros casos de abuso sucedido en la localidad de *Lake Country*, Florida (EE.UU). Se trataba de una mujer que perdió la custodia de los hijos por desatenderlos, ya que no se despegaba de la pantalla ni para comer. Es un caso en que resulta difícil verificar la fuente de información, pero está claro que la adicción de esta mujer interfirió deteriorando gravemente su vida cotidiana, y manifiesta que la falta de límites de la

adicción es evidente y conlleva riesgos imprevisibles. No existe todavía un modelo teórico suficientemente claro en cuanto a clasificar las adicciones referentes a Internet. Unos hablan de que es una dependencia sin sustancias; otros, por su parte, elaboran teorías sobre la incomunicación. Hay quien dice que no existe conciencia de enfermedad; hay quienes lo consideran demoníaco y apelan al ascetismo. Finalmente, están los que aportan datos en la línea de los estudios hechos por la Universidad de Harvard, que compararon la adicción a Internet con el uso moderado de alcohol.

Ni siquiera encontramos una palabra única, consensuada que lo defina, ya sea, por ejemplo, adictos a Internet, enganchados, hiperenganchados, ciberadictos, adictos invisibles, argonautas, internetadictos, etcétera. Pero en lo que todos parecemos estar de acuerdo es en que existen problemas previos o asociados a la adicción. Las características demográficas de los adictos han ido variando durante todos estos años, básicamente en función de la accesibilidad al medio. Antes eran varones acomodados de entre treinta y cuarenta años, de profesión liberal y con un nivel cultural medio alto, los que en un principio tenían el acceso a la Red. Hoy incluye a mujeres, adolescentes, parados, prejubilados, amas de casa, todos ellos unidos por los mismos problemas: irritabilidad, trastornos afectivos, depresión, dolores de cabeza, espalda, problemas en la escuela o en el trabajo, en fin.

12.6 LA RED COMO SOPORTE DE MÚLTIPLES DEPENDENCIAS

Lo más característico de la Red es que da cabida a diferentes formas de interaccionar, así que, para empezar, alguien que tenga problemas con ella debería decirnos en qué áreas o actividades de la misma tiene problemas, ya que existen matices diferentes para cada área, pues la Red es una plataforma sumamente amplia.

Es decir, en toda esta confusión de la contemporaneidad de adictos internautas nos encontramos, por ejemplo, con personas ludópatas que no hacen más que cambiar el soporte de su adicción; antes eran las máquinas tragaperras situadas en cualquier bar y ahora es el casino virtual de la pantalla del ordenador.

12.6.1 Los casinos virtuales y la ludopatía

Concretamente, la ludopatía sería la forma más destacada de adicción por su peligrosidad, denominada por algunos autores ciberjuego, el juego compulsivo a los juegos de azar, refiriéndose no tanto al jugar, “*play*”, vocablo anglosajón que significa entretenimiento, como a “*gamble*”, vocablo utilizado para denominar el juego donde se arriesga algo a cambio de la posibilidad de conseguir una ganancia, cuyo resultado depende en gran parte del azar. Como decíamos, algunos clínicos afirman que el poder adictivo de los casinos virtuales, “de siempre reconocida dudosa fiabilidad”, es aún más intenso que el de los casinos reales, aunque todavía esto está por verificarse operacionalmente, pues no ha sido aún estudiado con suficiente rigor. De todas formas, a la vista está la buena disposición de este soporte, donde el anonimato es absoluto, donde la facilidad de acceso al objeto de consumo es tan simple como tener un número de tarjeta y ser mayor de edad. Como casi siempre, la alarma nos viene de los Estados Unidos. En España, después de realizar un pequeño sondeo en el año 2000, hemos podido verificar que “de treinta ludópatas encuestados con edades comprendidas entre veinte y treinta años, el 80 % no conocían la existencia de estos casinos virtuales, sólo un 20%, y, es más, ninguno había apostado nunca en ellos”, Fernando Pérez del Río (2000). En la actualidad, no podemos decir que estemos lejos de este problema, ya que se pueden encontrar *banners* de estos casinos virtuales por toda la Red. Nos parece sólo una cuestión de tiempo que cambien los soportes.

12.6.2 El Ciber-sexo

También nos topamos, por supuesto, con adictos al sexo por Internet, *el cybersex*, *el sex on the net*, *el internet-addicted*, *web-addicted*, el que se “enamora de su ordenador”. De USA (nuevamente) nos llegan voces que vienen a denunciar la existencia de aproximadamente 20 millones de sujetos que frecuentan más de 10 horas a la semana cualesquiera de las miles de direcciones pornográficas que existen en la Red. Con relación a este estudio, se vio que estas personas adictas al sexo por Internet tenían “más problemas a la hora de relacionarse con el otro sexo que quienes no eran adictas, presen-

tando además importantes dificultades de comunicación. Manifestaban una tendencia a la violencia, concretamente a la violencia doméstica y padecían tendencias impulsivo-agresivas y se divorciaban más frecuentemente”, Felipe Cuna (2000). “El retrato robot del usuario medio sería varón, entre 16 y 45 años, de cultura media, sobre todo residente en pequeñas ciudades cuyo horario preferido para la conexión es entre las 22 y las 24 horas”, señala Willy Pasini (2005) en el libro *Nuevos comportamientos amorosos*.

Como dato curioso encontramos en la Red una asociación de mujeres divorciadas de sus maridos, adictos a Internet, y de igual forma que en otras dependencias, estas personas son por lo general propensas al aislamiento. En este estudio, los reiterados visitantes de páginas con contenidos sexuales no reconocían su dependencia con facilidad, afirmaban que en cualquier momento podían dejar los portales sin ningún problema. Según Harvey Rosenstock, quien dirige en Texas una clínica dedicada exclusivamente a quienes padecen algún tipo de dependencia (a las drogas, al alcohol, a la comida...) “se está extendiendo una nueva adicción: la del sexo en la Web”, Willy Pasini (2005). Sobre esta temática, existe el debate de si es un medio o un fin. En nuestra opinión estamos ante la utilización de la Red como un medio para obtener material pornográfico y no como un fin en sí misma. Habría que estudiarlo más profundamente. Incluso debería considerarse en algunos casos como una variante del voyeurismo.

12.6.3. La compra compulsiva. Ciber-compra

Por último, Internet también es una nueva vía de canalización para los compradores compulsivos, la llamada “cibercompra”. Habría que empezar diciendo que tres de cada cinco personas considera que comprar es un placer, y aproximadamente un tercio de los consumidores adultos tienen “ganas en exceso” de comprar o descontrol al comprar productos. Gran parte de la población no llegaría a ser de tipo compulsivo, pero nos puede ofrecer una idea de la enorme población de riesgo el observar tan sólo la punta del iceberg de este problema.

De la mucha literatura al respecto no podríamos obtener un tanto por ciento claro de la gente que está afectada. Los estudios que van apareciendo siguen siendo, por lo general, de dudosa metodología o parciales. Seguimos encontrando dificultad en calcular el tanto por

ciento de los posibles afectados. En principio, la cifra se acercaría a los datos de otras dependencias, como la ludopatía. Es decir, el 3% aproximadamente de los navegantes sería verdaderamente adicto a las compras, como adicción patológica a consumir compulsivamente. Compran productos nuevos e innecesarios en los prolíficos “de segunda mano”, que todos conocemos en la Red. Los datos al respecto nos hablan de sujetos emocionalmente inmaduros, ingenuos, con problemas de aislamiento, insatisfechos, e indican que son personas influenciables por los anuncios y la publicidad en general.

12.7. PUESTA AL DÍA EN LAS DEPENDENCIAS A INTERNET Y SU DEFINICIÓN

Definir una conducta anormal nunca ha sido tarea fácil, ya que la mayoría de las acepciones descritas por la nosografía actual tienen límites difusos. Siempre se ha dicho que las diferencias son antes cuestión de grado que de cualidad. Muchos clínicos sitúan el debate en considerar si estos problemas que generan las nuevas dependencias son dignos de atención sanitaria o de una nueva entidad clínica. Pero creemos que la cuestión nuevamente es la persona y no el soporte. La Red puede tener más o menos poder adictivo, pero de lo que no cabe duda es de que una persona con un problema de adicción tarde o temprano será adicta a cualquier cosa. La persona tendrá tiempo de escoger el soporte o los soportes que más le atraigan. A la hora de atender a una persona con problemas debemos tener en cuenta su grado de descontrol. La pregunta fundamental, entonces, no es si un soporte es adictivo sino por qué la persona es adicta. Exploramos con ella su problema, qué le pasa, qué función cumple y dónde se sitúa, qué uso hace del soporte, si es un hábito, si abusa, si es una dependencia, si ha adquirido tolerancia, si es una adicción o está en un proceso de despersonalización y desestructuración.

Hemos comprobado cómo, en numerosos medios de comunicación, se habla alegremente de “la adicción a Internet”, cuando lo cierto es que todavía no hay criterios para diagnosticarla ni consenso en llamarla así. Y es que aproximadamente cada tres años nos encontramos con una nueva adicción. Encontramos titulares sensacionalistas. De hecho, la Red tiene más de positivo -representa un lugar en donde

tal vez poder “construir” algo- que de negativo. La insistencia de estos titulares colabora en este sentido a tener que hablar cada tres años aproximadamente de la nueva adicción de moda, aunque en el fondo siempre hablemos de lo mismo. “Los usuarios reaccionan con violencia ante las pantallas de los ordenadores, un 43 % se muestra violento con los fallos del ordenador”, La Vanguardia Digital (2003). “200.000 internautas son adictos al sexo cibernético en USA”, Diario El Mundo (2000). “Los videojuegos causan problemas a casi la mitad de sus usuarios jóvenes”, Diario Palentino (2002). “Adictos a la Red, paraísos artificiales”, ABC ByN (2002), etc. Lejos de trivializar y siendo conscientes de que detrás de toda alienación de una adicción está el borramiento, el vacío [...], pretendemos hablar de algo nuevo, de una nueva posibilidad de expresión.

Como decíamos, siempre hubo modas, así las llamadas a las líneas telefónicas 906, el tamagochi, etc; pero desde hace tiempo ya conocíamos la psicopatología del Autocontrol. La psicopatología tiene sus propios criterios para establecer lo que es anormal. Criterios subjetivos, estadísticos, biológicos o intrapsíquicos. El DSM IV nos ofrece el F 63.9, Trastorno del Control de los Impulsos no especificado [312.30]. El CIE-10 ofrece el F:63.9, Trastorno de los Hábitos y del Control de los Impulsos sin especificar.

Uno de los primeros en hablar sobre la problemática de la Red fue Ivan Goldberg (1995), quien propuso el término *Internet Addiction Disorder* para referirse al *uso compulsivo* que se hace de ella. Otros autores, como Griffiths (1995), comienzan a analizar la adicción a la tecnología como una adicción sin sustancia. Este autor, al incluir el término *tecnología*, nos aproxima al *Burn-out* (síndrome de un estado de estrés laboral crónico. Afecta a todos los ámbitos de la vida. Se caracteriza por una tríada: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), y sobre todo nos aproxima al tecnoestrés, nada desdeñable cuando una gran mayoría de las personas que trabajan con ordenadores se queja de algún tipo de dolencia física, ya sea fatiga visual, pesadez y tensión en todo el globo ocular, faringitis, enrojecimiento conjuntival, necesidad de frotarse los ojos, lagrimeo, cefaleas, somnolencia, visión un tanto borrosa, estrés, problemas de espalda y en las articulaciones. Griffiths (1996) da un paso más y saca a la luz lo que supone el concepto *interacción*, interacción de las personas con las máquinas. Es decir, el formato no es

adictivo, sí lo es “su interacción”. En esta dimensión entra en juego la destreza personal, la inmediatez de la respuesta, el estado activado continuamente reforzado, el procesamiento en paralelo, la brevedad temporal del estímulo y la respuesta rápida en los juegos de la Red, a lo que cabe sumar el *valor* del objeto-estímulo, su “conocimiento” en un nuevo objeto de poder.

La ludopatía fue aceptada en el año 1980 por la APA y agregada al DSM III. Desde entonces se han hecho muchos paralelismos. Cualquier adicción sin sustancia es susceptible de ser un trastorno adictivo. La doctora Young, basándose en los criterios de la ludopatía, realizó cuestionarios para analizar la adicción o el abuso que los usuarios hacen de la Red. Encajó los criterios diagnósticos de la ludopatía y cambió básicamente las palabras pertinentes por Internet. Este alojamiento de criterios fue criticado por diferentes autores (...). Se ajusta a lo que entendemos por “pedagogía pragmática americana” (...). Young afirma que la adicción a Internet se da en tres grupos, los que procuran contactos sociales, sexuales y juegos. Esto quiere decir, según la autora, que buscar información en páginas no generaría dependencia. Por último, Young también relacionó la depresión con Internet.

Otro autor llamado Kaunt (1998), realizó un estudio que fue publicado en el *New York Times* y en el cual afirmaba que la Red genera *depresión*, distiende los lazos sociales y afecta al bienestar psicológico. Estos datos crean cierta alarma social. Poco después, Shapiro (1999) denunció el estudio de Kaunt por graves errores metodológicos, y ese mismo año Wellman y Gulia afirmaron que Internet no genera depresión, más bien, incluso, puede ser beneficioso para quienes se comunican con sus familiares lejanos.

Ante la polémica, que no acaba de entenderse, suscitada por estos estudios nos preguntamos cómo hay que juzgar el fenómeno Internet. ¿Como un todo, quizás, como un único objeto, pues es lo suficientemente variado como para hablar de subtipos diferentes? ¿Qué criterios tomamos entonces para definir la adicción a la Red? ¿Puede ser un sujeto parcialmente adictivo? ¿Cada subtipo necesitará de un nuevo diagnóstico? Según el profesor de Montevideo Roberto Balaguer (2001) en su exquisito artículo titulado “Globalización, Postmodernismo, Nuevas Adicciones y Drogas”, “la Red no es un fin en sí misma, es un espacio interactivo, y parte del fenómeno interactivo debe ser entendido en su aspecto *social del juego*, dentro de las

relaciones objetales que se traslucen en esos intercambios. Algunas de las adicciones son orientadas a la competición del juego y otras pueden estar enfocadas a las necesidades sociales. Los *chats*, los juegos, junto con la pornografía, es lo que genera más poder adictivo”. Es decir, nos propone entender Internet no como un conjunto sino como subtipos, como posibles tipos de relaciones, y entender cada subtipo independientemente del otro, ya que tienen significaciones diferentes para cada persona.

No es lo mismo alguien que se aísla, cierra las ventanas y persianas de su cuarto que otro que comparte cosas, que desea comunicarse y hablar en el *chat* con la intención de, sin ir más lejos, procurarse una cita en la ciudad virtual de *second life*. Y también debe quedar claro que cada una de las partes de lo que llamamos Internet tiene un potencial adictivo diferente. Como ya apuntábamos, no tiene el mismo “gancho” un casino virtual, donde la repetición es constante, que un videojuego con un final bien definido. Utilizar Internet no tiene nada de malo; en cambio, se puede hacer mal uso de la interacción. Por otro lado, en cuanto se refiere al diagnóstico, lo importante no es el soporte, ya que éste es secundario y cambiante; lo importante es la persona que sufre la adicción. En este sentido creemos que la mejor forma de entenderlo es viéndolo como un todo, es decir como un trastorno adictivo desde una visión global, ya que si no fuera así, deberíamos desmenuzar el diagnóstico en otros cientos de subtipos diagnósticos. Entenderlo como adicción es una posición mantenida, sobre todo, por los teóricos del aprendizaje social. La adicción a la Red guarda paralelismos con el abuso de sustancias. Podemos decir que su fenomenología es similar, pero no igual, y se encuentran modelos explicativos similares (ver introducción, parte I).

Entendemos, pues, la adicción psicológica como la entiende Walter (1989): “Patrón de conducta persistente caracterizado por un deseo o necesidad de continuar la actividad, que se sitúa fuera del control voluntario; una tendencia a incrementar la frecuencia o cantidad de actividad con el paso del tiempo; dependencia psicológica de los efectos placenteros de la actividad; y un efecto negativo sobre el individuo y la sociedad.” Autores como Smith o Pollack (1996) llegan, como suele ocurrir en estos casos, a posiciones intermedias y nos hablan del pseudoadicto, una especie de adicción leve, como se habló en su momento del abuso de la lectura. Estos autores también agregan

la explicación de las tres fases, que consiste en la adaptación, lógica, “natural”, de los usuarios a las nuevas tecnologías; es decir, la primera fase sería la fascinación por la Red, bajarse multitud de programas, aprender, probarlo todo. La segunda fase se basaría en el abuso, dedicar demasiado tiempo, liarse, enredarse; y la tercera y última, sería la adaptación adecuada a lo que realmente se necesita.

Esto ha llevado a decir desde hace años que aún es pronto para ver las consecuencias reales de la Red en España, ya que llevamos relativamente poco tiempo haciendo uso de ella. Es pronto, pues, para analizar sus consecuencias. Un ludópata tarda muchos años en pedir ayuda, y algo similar puede ocurrir con los enganchados a la Red. Cuando un ludópata pide tratamiento, fácilmente pueden haber pasado entre siete y diez años abusando del juego, no es de extrañar entonces que todavía tenga que haber pasado un tiempo razonable antes de que lleguen más personas que han abusado, por ejemplo, de los casinos virtuales. De hecho, hay casos constatados, pero todavía son muy escasos. Acercándonos más a la actualidad, Black (1999) encontró correlaciones positivas entre abusar de la Red y tener problemas de personalidad, perder el control y trastornos mentales. Es algo en lo que ya la mayoría de los clínicos estamos de acuerdo: en que existen problemas previos a la adicción, no sólo al abuso de la Red sino a cualquier otro tipo de abuso. No es nuestra intención reducir el tema únicamente a la visión clínica. En este sentido, creemos interesante mencionar uno de los numerosos estudios etnográficos elaborados al respecto. La antropología pone su granito de arena, clarificando si la conducta anormal es un producto modelado culturalmente o es algo invariable. En el libro *“Género Chat, o cómo la etnografía puso un pie en el ciberespacio”*, se ofrece una visión más positiva de los usuarios. Es un libro de corte etnográfico sobre la Red, en el cual se señalan las siguientes características: “Hablas con desconocidos sin riesgos sociales, la acción define al personaje, cuya edad y sexo son ficciones, con un componente lúdico que remite a la adolescentización del adulto, es una nueva forma de entender la sociedad, en el *Chat* no hay obligaciones y sí humor y misterio.” La antropología, pues, da un tirón de orejas a un tipo de psicología, siempre pendiente más de lo negativo, de la patología, y nos recuerda la parte positiva, lúdica y universal del encuentro con la Red.

12.8. ¿EXISTE O NO LA ADICCIÓN A LA RED?

Entrados en el año 2000, Amstrong y Saling afirman que el constructo teórico de adicción a Internet existe. Ponen de manifiesto que las variables que mejor pronostican la dependencia a la Red, dándose como se da una correlación positiva, son el número de horas y la autoestima. Afirman igualmente que no correlaciona con la impulsividad; según estos autores el tipo de personas que llegaría a abusar de la Red tiene un nivel medio de activación arousal “término hipotético que describe los procesos que controlan la alerta, la vigilancia y la activación”, Anderson (1990). Algunos autores, en cuanto al tiempo de conexión, sostienen que no sería un indicador fiable, pero sí la intensidad o el grado control-descontrol; para algunos otros, incluyéndonos a nosotros, el concepto *autoestima* no es una buena variable para ser utilizada experimentalmente, debido a que su complejidad epistemológica todavía no es lo bastante clara.

Recientemente, Treuer (2001) nos propone, dentro de la clasificación del control de los impulsos, un nuevo subtipo en la taxonomía. Aconseja encajarlo en la misma línea que la cleptomanía, el trastorno obsesivo intermitente, la piromanía y la tricotilomanía. Griffiths, anteriormente, también propuso relacionarlo con el trastorno de control de los impulsos. Lo cual, como más arriba comentábamos, nos podría conducir a tantos subtipos de dolencias o patologías como formatos puedan existir en la naturaleza, y presumimos que pueden ser infinitos. Todo lo que sea gratificante, siempre y cuando su descontrol genere síntomas y su ausencia dé lugar a un cuadro de abstinencia en algunas personas, es suficiente para ser considerado un síndrome o un trastorno adictivo. Como venimos diciendo, hemos ganado en precisión con el DSM y la CIE, clasificaciones que favorecen que nos entendamos, aunque se trate de manuales situados en el polo estadístico, con criterios politéticos de los trastornos mentales. Estas clasificaciones actuales evidencian también problemas de fiabilidad y validez, y sus categorías son en numerosas ocasiones inconsistentes y no excluyentes. Aparte de estos inconvenientes, también debemos considerar que los diagnósticos pueden producir efectos iatrogénicos o de estigmatización social. Con frecuencia encontramos personas que dicen: “Hola, soy un enfermo ludópata”; personas que sin ningún complejo se adscriben al síntoma, identificándose con él. Vemos los

inconvenientes de contar con multiplicidad de subtipos, donde casi todo es un trastorno y donde los síntomas de unos se mezclan con los de otros, como en este caso.

Otra manera de entender la psicopatología es desde posiciones psicoanalíticas que se han mantenido como única alternativa al DSM-IV y al CIE X. “Las adicciones se pueden dar tanto en la neurosis como en la psicosis y en la perversión”, Borderías (2001), donde cobraría más importancia lo que narra y cuenta la persona. La dirección de la cura parte de analizar la estructura pulsional, su relación con el otro, con el objeto adictivo en este caso. Analizar la intención del síntoma al retirarse o ir hacia un estigma que lleva a la alienación; en definitiva, analizar caso por caso, identificando el problema, que es particular en cada situación. Esta función del síntoma habría que entenderla dentro de la estructura de la persona.

Para evitar caer en el laberinto y la invención infinita de los diagnósticos nos podemos quedar con el trastorno adictivo probado, que se muestra como no tóxico, y muestra tolerancia tanto psicológica como física. Uno de los estudios más rigurosos realizados en España sobre Internet nos muestra que “un 4,9% de los encuestados afirman tener problemas frecuentes con la Red, sentimientos de culpa, deseo intenso de estar conectados, pérdida de control, mayor ansiedad y disfunción social”, Gracia, Vigo, Pérez, Marcó (2002). La llamada “adicción” a la Red se muestra sutil, compleja en su presentación; uno puede no ser adicto a la pornografía pero sí abusar noche tras noche de los *chats*, o viceversa, y lo mismo en cualquiera de sus variantes, las cuales poco tienen que ver en sus significantes unas con otras. Como afirmaba el profesor Roberto Balaguer, una persona enredada en los *chats* no es lo mismo que una que juega. En el caso de los *chats*, podemos encontrar una persona que demanda relaciones y que lo intenta, frente a otra que prefiere quedarse días y días encerrada y aislada en su habitación jugando. Ante esto pondremos atención más que nunca en el análisis del caso por caso, sin perder de vista en ningún momento la individualidad de cada persona.

12.9. CONCLUSIONES

Insistimos en que su mal uso, o la mala interacción que se tenga con el soporte es lo que provoca problemas, ya que en sí mismo no tiene nada de malo.

Saber si está enganchado a los *chats*, a los videojuegos o a los casinos o las compras virtuales nos dará información valiosa para la evaluación y sobre todo para el tratamiento.

En cuanto al diagnóstico, deberíamos usar un diagnóstico común, como *trastorno adictivo*, ya que si no fuera así y pusiéramos un diagnóstico diferente a cada adicción o subtipo de adicción, podemos caer en el furor de utilizar cientos de mini-diagnósticos que terminarían por no tener sentido.

Vemos necesaria la clara ubicación del constructo de *adicción*, que sería conveniente analizar más detalladamente, y cómo esta acepción pueda ser evaluada desde un modelo sólido.

Cualquier acepción-definición más específica que aborde la mala interacción y los problemas que puedan surgir como consecuencia del abuso de las nuevas tecnología será buena, siempre que defina correctamente el trastorno e incluya lo nuevo de la Red y analice el movimiento de vinculación-desvinculación, socialización-aislamiento. Por ejemplo, si encontramos que un adolescente pasa en vela las noches en el *chat* hablando con gente, está en el polo de la socialización y su tratamiento será diferente del tratamiento de un joven que se pasa las noches en vela, igualmente solo, pero entregado a juegos de ordenador incansablemente, aislándose y no queriendo nada de los demás ni del mundo que lo rodea.

Actualmente, lo más nuevo que ofrece la Red son los *chats*, el correo electrónico, los juegos en red y la búsqueda de información. La simple búsqueda de información tiene un potencial adictivo bajo. En el caso de los videojuegos y de los casinos virtuales el potencial adictivo lo consideramos más alto, aunque con el paso del tiempo, en lo tocante a videojuegos, decaiga el interés, como ya explicamos anteriormente.

El fenómeno de la repetición continuada no se da de igual manera en unos soportes tecnológicos que en otros, pues la mayoría tiene un tiempo concreto y un fin; existen videojuegos con un fin claro y videojuegos que no tienen fin. En este sentido, con las nuevas tecno-

logías ocurre lo mismo que con las drogas, y es que no todas tienen el mismo poder adictivo. Cada una posee un potencial distinto.

Observamos que muchos casos son mixtos, es decir hay quienes abusan de varios soportes tecnológicos a la vez o de casi todos indistintamente. Un joven puede pasarse la noche en vela entre la TV, la consola y la Red.

Observamos que algunas tecnologías, radio, TV, comunicación en general, no son un soporte adecuado y mucho menos óptimo para desarrollar una adicción como pudiera ocurrir en la adicción a los casinos virtuales.

Por lo general encontramos con mucha frecuencia que las personas abusan de la Red, pero hay muy pocos casos descritos de adicción pura, de desestructuración profunda, como habitualmente lo hemos entendido en la práctica clínica durante todos estos años. Nos topamos, pues, abundantes casos de abusos y no tanto de adicciones.

Señalar para terminar que los casos tratados suelen ser, en su mayoría, de una gravedad media y requieren a partes iguales tratamiento y prevención, pues estamos hablando de jóvenes llenos de información y con dificultades en las relaciones. En cuanto a la prevención, es necesario dar más importancia y valor al tiempo de ocio y a su organización, reflexionar sobre lo que realmente es necesario y valorar las cosas en su justa medida, fomentando el sentido crítico y la creatividad. Y lo que más importa en el tratamiento es que el plan de trabajo, junto al modelo que se aplique, goce de sentido común y coherencia.

13

HIPÓTESIS SOCIALES Y EMOCIONALES DE LA DEPENDENCIA AL TRABAJO

De cómo los cambios culturales de la sociedad respecto del trabajo interaccionan con la persona, dando lugar a nuevas formas de dependencia.

13.1. LA ADICCIÓN AL TRABAJO Y CONCEPTOS LIMÍTROFES

Los estadounidenses, dados como se sabe a juntar palabras, nos ofrecieron por medio de Wayne Oates una nueva palabra para definir al trabajador con dependencia del trabajo, el *workaholic*. Por lo que respecta a Europa, ya se utilizaban diferentes acepciones para denominar este trastorno como hiperactividad ocupacional patológica o laboromanía.

El dependiente del trabajo es una persona que centra su vida por completo en el trabajo. El estilo de vida que lleva está socialmente muy bien visto y forma parte de nuestro acervo cultural, por lo cual no suele tener conciencia del problema. En su obstinación creciente, es alguien que fácilmente se convierte en imprescindible a la vez que predecible en su lugar de trabajo. La espiral se amplía y comienza a llevarse trabajo a casa. No puede desconectar los fines de semana; durante las vacaciones se lleva el ordenador consigo, el móvil laboral y todo lo que proceda. Curiosamente, suele enfermar los fines de semana. Ante la mirada de sus superiores, tiende a rechazar los días libres, afirmando que son imprescindibles. La incomunicación va en aumento, la familia comienza a quedar desatendida y paulatinamente su vida social se reduce hasta desaparecer del todo. Utiliza meca-

nismos de defensa y racionalizaciones como: “Yo traigo el pan”; “Es mi obligación”; “Tengo que sostener a la familia”; etcétera.

Lleva a cabo ostensibles formas autoritarias y distantes, a la par que son frecuentes los enfados y, con mayor gravedad, surgen tirantezas que conducen a estados de cólera, ya que del mismo modo que él se exige a sí mismo, así exige también más trabajo a los compañeros y al mundo que lo rodea. Piensa que conseguir las cosas es sinónimo de autonomía y libertad. Narcisista, déspota, irritable, nervioso, ansioso; y el humor, si es que alguna vez lo tuvo, queda para el recuerdo. Se halla muy lejos de lo que entendemos por una persona laboriosa. Según el tratado de psicopatología de Álvarez, Esteban, Sauvagnat (2004), “la hiperactividad ocupacional patológica se ha atribuido a trastornos neuróticos que, bien buscando compensaciones simbólicas, bien para evitar la evocación de conflictos [...], interpelan al individuo a una exagerada actividad laboral”. No todos los trabajos, en un principio, ofrecen las recompensas emocionales suficientes que él cree que necesita, que suelen ser la sensación de control (seguridad) y de poder. Sensaciones que ya han sido descritas por Killinger (1993), Adès y Lejoyeux (2001), Echeburúa (2000) y Alonso (2003). Paradójicamente, es un refuerzo que no depende de él sino de la mirada del otro, aquel que afirmará y aplaudirá la situación, es decir, esa idea suya de poder o de control. Y es el otro quien confiere seguridad. Para hablar del dependiente del trabajo hemos de realizar un análisis diferencial con otros trastornos que limitan con este cuadro. Lejos de pretender profundizar en definiciones que nos ocuparían todo el texto, esbozaremos brevemente solamente aquellas que nos ayudarán a precisar este ambiguo trastorno. Empezando por el estrés.

El *estrés* es un trastorno de difícil definición. Lo podemos resumir diciendo que es un surgimiento de síntomas físicos y psíquicos debido a estresores o a las atribuciones que el sujeto hace del estímulo, las cuales, a su vez, alteran su homeostasis. Según diversos autores, se ha dado periódicamente importancia a diferentes aspectos. De esta forma, (Seyle 1976) afirma que la respuesta es únicamente fisiológica y resta importancia a lo psíquico. Otros autores (Holmes y Rahe 1976) se centraron más en el estímulo, fuente de estrés, que en la respuesta de las personas. Y, como suele ocurrir cuando las teorías se sitúan en dos extremos, surgen los teóricos de las situaciones intermedias. Entendiéndolo desde el *continuum*, estímulo vs sujeto, la res-

puesta es tanto psicológica como fisiológica, Manson (1975). Lazarus y Folkman (1984) optan igualmente por una postura más integracionista, se centran en la interacción de la respuesta y el estímulo y en la evaluación que las personas hacen por sí mismas de, por ejemplo, las situaciones amenazantes. Hoy en día lo entendemos como un proceso físico a la vez que mental. Este trastorno, con tratamiento, tiene buen pronóstico.

En cuanto al *Burn-out*, hace unos años la literatura al respecto lo definió como un síndrome que afecta a personas que trabajan cara al público. Los síntomas indicadores eran estos: el aburrimiento, el aislamiento, el no poder ascender en el trabajo, el no sentirse bien remunerado, todo ello junto al decaimiento físico y emocional. Actualmente, depurándose el diagnóstico, se hace más hincapié en otros aspectos; se centra en el cansancio, la sobrecarga emocional y el agotamiento, pues “no quedan recursos emocionales”.

La problemática se circunscribe a “individuos que trabajan con personas”, Mansilla (2003). El sujeto se vuelve improductivo, porque, según él, “ya no soporta más”. Se ha dicho que afecta fundamentalmente a los más vulnerables, concretamente “a las personas emotivas” Garden (1989), aunque el autor que afirmó tal cosa no explicó demasiado qué es ser emotivo. Y también afectaría mayormente a personas con baja tolerancia a la frustración. Desde nuestra opinión, el problema no estaría tanto en la emotividad cuanto en no guardar los límites o no gestionar. Por ejemplo, en no saber poner límites con firmeza y flexibilidad a la vez y, al mismo tiempo, no integrar adecuadamente esos sentimientos, por poner en juego otra suerte de variables. Igualmente tiene buen pronóstico con tratamiento.

El patrón de personalidad Tipo A, se basa en la necesidad de control y urgencia de tiempo. “Está caracterizado por refuerzos competitivos de logro, sensación de urgencia y reacciones hostiles fácilmente provocadas”, Rosenman (1978) “La característica principal es la urgencia de tiempo”, Wright (1988). Les molesta cualquier pérdida de tiempo (ellos están convencidos de que el tiempo “se puede perder”). Sus respuestas son rápidas, rígidas; sus posturas, hieráticas, mostrándose sobre todo en los gestos y en sus conversaciones forzadas. Bajo este semblante de hierro esconden una gran necesidad emocional de seguridad que reduzca la incertidumbre sobre sus habilidades, su inseguridad, la culpabilidad de ser como sujetos. Muestran

rabia y hostilidad cuando no tienen el control. Compiten y se esfuerzan mucho por no sentirse inferiores. Ambiciosos, no delegan nunca; tampoco, de no mediar interés o intercambios en generar cosas atractivas para ellos, establecen relaciones de amistad con nadie. Generalmente, se dice que estas personas son autoritarias. Al igual que los dependientes del trabajo, al segundo día se quieren volver de vacaciones. También son consumidores de estimulantes. Dado que el patrón de personalidad Tipo A es complejo, nuestra experiencia nos dice que, a medio o largo plazo, el pronóstico es bueno con tratamiento.

Fatiga laboral: “La característica es la fatiga física y mental” Holmes, Kaplan, Gantz (1988), alteración entendida en la literatura como crónica. En principio es un síndrome con variedad de consecuencias: insomnio, dolores frecuentes de cabeza, fatigabilidad de la atención (la cual mantienen despierta y concentrada sólo por un espacio breve de tiempo). A esto se puede añadir un bajo rendimiento general, bajo rendimiento cognitivo, dolores musculares, debilidad, síntomas éstos que nos recuerdan en algunos momentos al trastorno por somatización, donde el sujeto suele tener quejas diversas, y todo ello bajo una influencia ansiosa y depresiva a la que no se encuentra causa médica. Consideramos la fatiga laboral como una réplica diagnóstica de la clásica neurastenia (también llamada astenia nerviosa) caracterizada por sensaciones de lasitud, de gran agotamiento. La llamada fatiga laboral tiene mal pronóstico cuando se cae en cuadros depresivos a consecuencia del estrés o el Burn-out. No mejora descansando y requiere tratamiento terapéutico prolongado.

La adicción al trabajo: Está más relacionada con la impulsividad, con la falta de control, y hay una desestructuración en las tres áreas de la persona: pensamientos, conductas y emociones. La adicción comienza cuando una persona inicia una actividad y pierde el control sobre lo que hace. Clásicamente se ha dicho que, en este caso, la actividad controla al individuo. Es un trastorno complejo y tiene mal pronóstico sin tratamiento.

En definitiva, hablamos de *dependencia del trabajo* cuando existe un grado, por pequeño que sea, de control. Es decir, la dependencia la relacionamos con conceptos más filosóficos, con los valores vitales, con la profunda creencia de necesitar “algo”. Como característica sobresaliente encontramos signos de inmadurez, una especie de “apego inmaduro”. Observamos que, a veces, la estructura del trabajo, por

su valor social, mantiene la estabilidad de la persona. No suelen pedir ayuda, y cuando la piden, suele ser por otros motivos ambiguos o excusas vagas. Los dos conceptos de adicción y dependencia son parecidos. Entre ellos se dan cuestiones de grado, es decir, mientras el adicto sale disparado a comprar tabaco a la hora que sea, el dependiente, por su parte, puede tener las mismas ganas de fumar pero se queda en casa comiéndose las uñas. Desde nuestra experiencia, podemos afirmar que, con tratamiento, el pronóstico será bueno a largo plazo. Como venimos diciendo la adicción es el último escalón en cuanto a la gravedad. Entre las personas con problemas relacionados con el trabajo encontramos más frecuentemente las situadas en el nivel de dependencia que en el de adicción.

13.2 ALGUNAS INVESTIGACIONES E HIPÓTESIS PREVIAS

En muchas ocasiones se ha afirmado que estamos en la década de las adicciones, y cada autor, como a continuación veremos, nos introduce en áreas de conocimiento diferentes para esbozar tanto la dependencia como el abuso. En Occidente, hoy por hoy, casi todos los autores esgrimen causas emocionales y sociales; nosotros haremos un mayor hincapié en las hipótesis sociales del *homo laborans*.

En primer lugar, las hipótesis de las creencias religiosas. “Las raíces de esta adicción se encuentran en la filosofía calvinista, aquello de que el trabajo redime al creyente”, Killinger (1993). Observamos que se produce un gran cambio evolutivo en la visión ética del trabajo como valor desde la sociedad burguesa a la nuestra capitalista. Las nuevas tecnologías han cambiando la percepción de la moral, algo que se ha hecho sentir también en clínica. Algunos autores (Fernando Martín Adúriz 2000) acentúan el concepto de “rendimiento” como valor. “Hoy en día la ausencia de límites, la evolución muy rápida del sistema de valores y, sobre todo, el derrumbe de las prohibiciones han sido reemplazados por una exigencia de rendimiento”, Philippe Jeamment (1998). Luis Rojas Marcos (2000) plantea una suerte de hipótesis desde la antropología: determinados hombres optan por el papel del padre que “necesita por fuerza estar totalmente dedicado al trabajo y libre de otras responsabilidades para poder proveer o proteger a la madre y a la prole”. Este autor introduce el concepto de

trabajo gratificante, aunque dicho concepto nos parece una condición *sine qua non* y un punto de inflexión en el desarrollo de nuestras hipótesis, ya que antiguamente el trabajo gratificante se daba en una proporción mucho menor. “El empleo se ha convertido en un escape estimulante y placentero de los agobios de la vida cotidiana”, a esto sumamos las primas y los incentivos por producción.

Otros autores darán un giro y nos introducirán en el área del tiempo libre. Sin duda alguna es una variable nueva en cuanto a la imposición y organización. “La sociedad de consumo potencia el sacrificio del tiempo libre en aras de un trabajo adicional para ganar más y poder así aumentar el consumo”, Echeburúa (2000). Desde Francia, Jean Adès y Michel Lejoyeux (2001) nos propondrán, sobre todo, los valores y las identificaciones: “Competencia profesional desenfrenada, [...] idealización del trabajo. Podemos acordarnos de los estajanovistas del sistema soviético o del Taylorismo americano [...], o los karoshi del Japón [...], se identifican con la figura popular de los yuppies, o jóvenes profesionales, *despegados* emocionalmente, ausentes del hogar y perseguidores infatigables del éxito”.

13.3. ¿INFLUYEN LOS CAMBIOS SOCIALES EN LA CONDUCTA ADICTIVA?

Nos preguntamos en qué medida intervienen los cambios sociales en la dependencia del trabajo. En la literatura existente no encontramos un análisis social global, más bien hipótesis deslavazadas que reflejan las líneas teóricas de cada autor. Observamos que, por ejemplo, la influencia de la religión y el capitalismo son clave para entender este proceso social. “Desde que el hombre no cree en Dios, no es que no crea en nada, cree en todo”, Chesterton (2003). Según Steiner (2001), refiriéndose sobre todo al declive de religión cristiana en Occidente, en principio la ausencia de Dios “nos ha dejado con una profunda e inquietante nostalgia del absoluto”. Las consecuencias de esto son múltiples, por ejemplo la creación de múltiples mitologías y creencias, la ciencia como obsesión insistente, lo que, parafraseando a Steiner, da como resultado terminar utilizando sólo y de forma abusiva el hemisferio izquierdo del cerebro. Esto también tendría su correlato en la clínica terapéutica, donde la única vía, a modo de rodillo

farmacológico, pasa sin observar lo particular de cada caso. La normalización de la farmacología actúa sin escuchar lo que dice la persona. Resulta curioso, y al mismo tiempo interpellante, que sean algunos colectivos de médicos de Atención Primaria los que rueguen a la administración por lo menos diez minutos para atender a sus muchos pacientes diarios. Hoy por hoy, ante este vacío, sumado a la influencia de los valores anglosajones en forma de filosofía calvinista, asistimos a una cultura eminentemente obsesiva, donde damos importancia al hombre especializado en algo. A aquel que llega alto en algún tema en torno al “tener”, amparado en el mito de que todo es factible: joven, con el tiempo de su parte, igual a eternidad. Frente a “la vida es un valle de lágrimas”, se impone “el trabajo eleva y es una plataforma desde donde actuar y situarse”. Esta especialización del *homo laborans* en la glorificación del trabajo viene a convertirse en una especie de muerte por reducción. Y ésta es la segunda de las características observadas en este tipo de personas: una persona definida en función de lo que hace laboralmente, no de lo que es. El hombre renacentista murió hace tiempo, dando lugar a un centralismo limitador de alternativas para la persona. El ser polifacético, ducho en armas y en letras, es tildado de ser disperso. Hoy, si una persona se dedica a varias cosas, es considerado una parodia, incluso se sostiene que es alguien que no tiene las cosas claras, una especie de caricatura anecdótica, sin metas definidas, como señala Carlos Gurméndez (1994): “La automatización sumerge en un sueño embrutecedor”. Este autor apunta que la obsesión por el trabajo es el reflejo de una sociedad guerrera e imperialista. Muchos autores han hablado del malestar en este aspecto, destacando entre ellos (Kierkegaard 1984). Steiner (2001) defiende que el malestar radica en “la ruptura cultural del hombre con el mundo natural. [...] Y el profundo malestar que esta ruptura dejó en nosotros se concretó en el término empleado por Freud, *Unberhagen*, en el de Marx, alineación, y en el de Lèvi-Strauss, lenguaje”. Sostenemos que estamos ante una cultura particularmente obsesiva, ritualizada y vertiginosa. Una nueva cultura avalada por el capitalismo, donde el valor se ha desplazado y se ha centrado sólo en hacer una cosa y repetirla, instaurando un campo abonado para las conductas de repetición más cercano al concepto de lo repetitivo de la artesanía que del arte, y que se articula de forma diferente en la práctica diaria del trabajo. Cada día más, en la práctica clínica, encon-

tramos personas con un gran sentimiento de vacío. Se ha dicho en multitud de ocasiones que hay un desequilibrio entre la espiritualidad y lo material. En este sentido la religión cumplía una función de internalización. Por otro lado, el psicoanálisis nos sugiere que las envolturas del síntoma cambian y se adaptan a los valores o creencias de cada época; en este sentido: “las neurosis del siglo XXI serán un trastorno que abarque [...] riesgo y estrés”, González Duro (1999). La gratificación social del trabajo nos sirve como refuerzo, una gratificación también emocional, como afirmaba Rojas Marcos, pero generada desde el exterior, y ésta es la nueva plataforma donde cabe situar el síntoma. Las prácticas discursivas de cada época cambian, “brotan y están al servicio de los poderes dominantes en una sociedad, ellas son las que conceptualizan y verbalizan la realidad, le dan sentido y la declaran objetiva”, Foucault (1972). Valores como el éxito, una remuneración económica o el *estatus* personal siempre han estado presentes en la sociedad, a diferencia de la diversificación de hoy. Y estos son los anclajes donde amarrarse, los cuales, sumados a la ausencia de religión -donde todo es posible y no existen consecuencias- crean por tanto una identidad sin consecuencias. Arman un nuevo discurso del amo y de la alineación. “¿Qué amansará al ser humano si fracasa el humanismo como escuela de domesticación del hombre?”, Sloterdijk (2003). En este sentido enfrentamos consecuencias tales como la confusión entre el “ser y el tener”, lo que nos trae un eco de Erich Fromm; confusión más frecuente hoy día que en ninguna otra época. Surgen nuevas vinculaciones emocionales en cuanto al “tener”. “Téngalo todo y no espere a mañana [...] la plenitud es posible [...] tener lo que se desea se nos torna como imposible (más juventud, más belleza, más felicidad). Lo que se nos devuelve de forma insistente es una satisfacción. Una época donde nada puede faltar y, si curiosamente algo falta, es absolutamente necesario tratar de ocultarlo y taparlo rápidamente”, Luis Salvador (1999). En este sentido, estamos en el apogeo del deseo en la mirada de los otros, que llega a tener un punto central en el “soy para que me miren”. El “tener”, vinculado a la afectividad, exige rendimiento. Para rendir, se consume no sólo alcohol sino estimulantes y vitaminas: la época del trabajo como imperativo en lo social. Una persona puede desplazarse a otros lugares, a casi cualquier lugar. “El ciclo de trabajo agrícola entre padres e hijos se rompió; la movilidad social de trabajo en sentido positivo

como negativo, aumentó, y las barreras entre clases fueron tensándose hasta romperse”, Seligman (2003). “El individualismo es una protesta contra [...] la mecanización y la despersonalización de la [...] Revolución Industrial”, González Duro (1999). Por tanto, la posible ubicación en el mundo es el propio mundo. Por otro lado, a diario vemos que los jóvenes abandonan el hogar a una edad cada vez más tardía. Esto genera retraso en la toma de decisiones vitales importantes al iniciar proyectos de vida. “La civilización agrícola encontraba sus referencias, sus símbolos en la naturaleza [...], en las estaciones; con la revolución industrial [...], los artificios se multiplicaron [...], un ciclo de renovación acelerada de innovación frenética”, Jacques-Alein Miller (2004). Este autor se pregunta (y nos interpela a contestar) si ésta es la brújula de la civilización de hoy, cuya orientación consiste en decirnos que los valores y la evaluación cotidiana de ayer no valen para hoy. Pregunta ésta que nos recuerda a las hipótesis de Steiner, aquellas que versan sobre la creación de múltiples mitologías ante la ausencia de lo absoluto. Esta sería la paradoja en la actualidad: la renovación constante.

13.4. CONSECUENCIAS DE LA DEPENDENCIA DEL TRABAJO

“Las consecuencias dependerían de la ocupación, es decir, la prisa para los periodistas, la creatividad para los escritores. Irritabilidad, ansiedad, inquietud, pensamiento enlentecido, fallos de memoria. Inhibición sexual, micción frecuente, dolores de cabeza. Adinamia, falta de energía, astenia, fatigabilidad precoz, somnolencia diurna. Ausencia de la libido sexual. Falta de interés por las personas, pérdida de la actividad”, Francisco Alonso (2003). “Estados depresivos, fatiga, problemas conyugales”, Adès, Lejoyeux (2001). “Ideas sobrevaloradas. Soledad afectiva. Complicaciones, como abuso del alcohol. Comidas copiosas. Estimulantes. Aspereza en el trato. Pérdida de la satisfacción en tareas cotidianas”, Echeburúa (2000). Estas son algunas de las consecuencias de la dependencia del trabajo que señalan diversos autores. En nuestra opinión, todas ellas pasan por la desvinculación de lo social y/o la desvinculación de los otros, ya sea en forma de soledad o de angustia. Por otra parte, suele darse, al mismo tiempo,

enmascaramiento de sentimientos compensatorios e ideas sobrevaloradas del trabajo. Conviene señalar la repercusión que tiene en las disfunciones sexuales, en la bajada de la libido sexual y en los trastornos sexuales del deseo hipoactivo, actualmente poco conocido y casi nada estudiado, pero con porcentajes cada día mayores en la demanda de consultas. Una muestra de ello son los datos de una gran encuesta que en febrero del 1999 publicó el “*Journal of the American Medical Association*”; en el caso de los hombres, el 31% tenía problemas de disfunciones sexuales, el 5% sufría de impotencia en algún grado, otro 5% no experimentaba deseo sexual y un 21% padecía eyaculación precoz. Los autores del trabajo concluyen que estos resultados indican que las disfunciones sexuales son problemas que conciernen a la salud pública y que las alteraciones emocionales que están presentes en esta dependencia pueden afectar a este tipo de problemas. Aunque la gran encuesta recoge los datos de la población estadounidense, dichos datos pueden extrapolarse a la población europea y, en nuestro caso, a la española. Se estima que en nuestro país un 30% de los varones de entre 40 y 70 años padece disfunción eréctil en algún grado, pero tampoco se sabe con seguridad por qué sólo un 2% de ellos acude al médico. Asimismo, algunos estudios calculan que un 40% de los hombres sufre eyaculación precoz. Las féminas siguen siendo la gran asignatura pendiente de la ciencia española en lo referente a la sexualidad.

13.5. TRATAMIENTOS

Dependiendo del modelo en el cual se sitúe cada psicoterapeuta, así será su tratamiento. Por ejemplo, Alonso Fernández (2003) propone “tres niveles: al principio, una terapia cognitivo conductual; en una segunda fase, psicoterapia existencial adleriana; y un tercer nivel interpersonal”. “El tratamiento pasa por apreciar el tiempo libre. Modificar su modelo de trabajar. Cuidar de sí mismo. Aprender a conocerse. Modificar los esquemas de pensamiento. Perfeccionismo: todo o nada”, Adès, Lejoyeux (2001). Unos autores se inclinarán por comenzar de este modo: “primero, reconocerlo, distinguir, ser y hacer. La distinción sentir-pensar. Y toda una suerte de recomendaciones de autoayuda como: sonría, sea un amigo, procure ser auténtico y diga

lo que siente”, Killinger (1993). Otros dirán que primero hay que trabajar el “control de estímulos, exposición a estímulos, solución de problemas específicos. Control de la ansiedad y la depresión. Programación de actividades lúdicas. Creación de un nuevo estilo de vida semidirectivo. Prevención de recaídas”, Echeburúa (2000). Otros aún nos propondrán “modelos multidisciplinarios, vertiente biopsicosocial, en todas las adicciones comportamentales su tratamiento gira en torno a establecer estrategias de control. HHSS, prevención de recaídas”, Emilio Sánchez Hervás (2004). Aunque la lista sea extensa, finalizamos con autores que se inclinan por “tratamientos grupales cognitivo-comportamentales. [...] Probado con adictos a las compras”, Rodríguez Otero López y Rodríguez (2001). Como se ve, toda una suerte de recomendaciones y técnicas que pueden ayudar.

En nuestra opinión, no existen recetas. Cuando un niño se siente abandonado, primero se enfada con todas sus fuerzas, luego llora como un energúmeno y, finalmente, se evade de la realidad y se refugia en su mundo. La dependencia del trabajo tiene mucho que ver con la elaboración, en los primeros años de la vida, de los primeros vínculos del niño con las figuras de apego, y en concreto con los padres. Unos vínculos que en algunos casos y según la estructura que tengan determinan los lazos afectivos y el estilo de encuentro con los otros (mantener una distancia precisa o, por el contrario, una mayor frecuencia de trato). Estos modos permanecen más o menos inconscientes y se manifiestan, por ejemplo, en la repetición de actos; en algunos casos afloran posteriormente en forma de distintos tipos de patología, a modo de síntomas. Uno de los síntomas de la dependencia del trabajo es la obsesión por el mismo trabajo, pero no deja por eso de ser más que una envoltura, una compensación, una forma de ocultar algo interno, problemático, que repercute en el presente, en la relación con los otros o en el síntoma como solución. Bolwby, desde su teoría del apego, ha estudiado muy bien todo este tipo de manifestaciones y lo tiene recogido en tres libros: *El vínculo afectivo*, *La separación afectiva* y *La pérdida afectiva*. La dependencia del trabajo parece tener una etiología funcional o de aprendizaje, no determinante, es decir, con un tratamiento adecuado (reaprendizaje-reorganización) la persona puede cambiar el conjunto de representaciones dinámicas. El tratamiento abarcaría la integridad de la persona, emociones, creencias y conductas. No perdiendo de vista el vínculo

afectivo que se produce en la relación terapéutica (transferencia y contratransferencia), es imprescindible su análisis para producirse el cambio. Es lo que pasa, sin ir más lejos, en el campo de las emociones, donde el paciente es ayudado a darse cuenta de cada una de esas emociones, de las primarias y secundarias; ayudado a expresarlas, simbolizarlas, reorganizarlas, integrarlas, potenciando la aparición de nuevas metas e intereses, sin dejar de ser nunca el paciente el protagonista del cambio. Actuando de esta manera aflorarán casi espontáneamente las ideas irracionales, las mismas que hacían posible sus conductas inapropiadas, y se verá facilitada la elaboración de sentimientos adecuados que propicien el cambio hacia una forma de vida sana. De un primer momento en que no quiere plantearse ningún cambio -fase precontemplativa en términos de Prochaska y DiClemente- salta a una fase diagnóstica, en la que el paciente plantea una demanda, por tanto una fase motivacional, tanto de reconocimiento como de identificación de su problema. Esta segunda fase (contemplativa) de análisis, donde el paciente habla de lo que le ocurre y donde muestra su ambivalencia, es el paso obligado para llegar a la elaboración y posterior ejecución de un plan de cambio que asegure la decisión tomada. En todo el proceso, la actitud de escucha refleja del psicoterapeuta es clave.

13.6. CONCLUSIÓN

La nueva situación social favorece las compensaciones simbólicas para la solución de problemas internos, como citábamos al principio refiriéndonos al *Manual de Psicopatología Psicoanalítica* de Álvarez, Esteban, Sauvagnat (2004). Ponemos de manifiesto el aumento de trastornos relacionados con las nuevas dependencias, ya sean la dependencia del trabajo, la ludopatía, las compras, las nuevas tecnologías, etcétera; una diversificación del objeto, de la plataforma, del soporte de los modos de actuar donde se sustenta el problema. En este sentido asistimos a una gran diversificación de las dependencias solo en cuanto a sus matices. Lo más importante no es tanto saber si se trata de una dependencia de Internet, de las compras o del trabajo, como comprender a la persona, su situación, su historia y acompañarla en su proceso de cambio. En la práctica psicoterapéutica diaria obser-

vamos que los diagnósticos “*per se*” son poco útiles a la hora de hacer una buena terapia; en ocasiones son más un obstáculo que otra cosa para el tratamiento, pues etiquetan vanamente y no favorecen las relaciones vinculantes y empáticas con los pacientes, evitando de esta forma todo tipo de estigmatización. Como decía Sartre: “Cada vez que me pones una etiqueta, me derrotas”.

Finalmente, observamos que el discurso capitalista favorece la aparición y diversificación de estas dependencias. El pensamiento, la cultura y la sociedad actuales potencian una mayor vulnerabilidad en las personas en torno a estas problemáticas. Hoy en día, cuando una persona se relaciona con otra, lo primero que comunica suele ser aquello de lo que goza y disfruta, enmascarando casi siempre sus valores e ideales. Hemos pasado de una lógica fija del pensamiento tradicional donde existía “un amo”, a una lógica repetitiva, circular, *prometeica*, propia del capitalismo, donde continuamente caen los ideales, no pudiéndolos mantener ni sostener, y donde las personas se inscriben en el discurso imperante del “yo soy en tanto cómo disfruto”, es decir, en minigrupos de intereses según el disfrute: los que jugamos al golf, los que practicamos el taichi, el parapente... O sea, nuevas plataformas para el disfrute.

Quizás la respuesta a la pregunta de Jacques-Alain Miller sea precisamente que la brújula que guía nuestra sociedad contemporánea es precisamente el no tener brújula, lo que se traduce en que cada persona ha de encontrar por sí misma su sentido.

14

SOBRE LA DEPENDENCIA AL SEXO Y EL MITO DE DON JUAN

Colecciona conquistas colocándose insignias bajo el significante del sexo. Esas insignias dejan marcas, cicatrices en el propio cuerpo y en el de las otras personas, hasta que uno, envuelto en su propia angustia, intenta hacer una inmersión en el proceso de la separación, desvinculándose, aislándose como vacío, mas el vacío no tiene límites.

14.1. DEFINICIÓN Y CICLO

Ya en la Baja Edad Media Arnau de Vilanova (1240-1311), autor del *Tractatus de amore heroico*, afirmaba que “el objeto en cuestión no sólo es bueno, sino que es el mejor posible, termina por orientar y someter a este fin todas las demás ‘virtudes’ sensibles”, Álvarez, Esteban, Sauvagnat (2004).

En la actualidad se han empleado diferentes acepciones como promiscuidad, andromanía, hipersexualidad, furor vaginal, adicción al sexo -concepto venido de USA-, ninfomanía, trastorno sexual no especificado -acepción del DSM IV-, autoerotismo compulsivo, donjuanismo, hiperestesia sexual -término del alemán Krafft-Ebing (1886)- y satiriasis, del francés Tardieu (1866).

En un principio, es una conducta mantenida por el refuerzo de creencias y valores que llevan contenida la idea de que el “sexo es lo más importante en la vida”. Una conducta donde el encuentro sexual no siempre tiene la función de generar placer, sino la de ser un alivio momentáneo. Una conducta cuyos signos y síntomas, generalmente, son: enfermedades venéreas, tendencias impulsivas agresivas, insatis-

facción crónica, escaso control interno, desadaptación social, etcétera. En su acción, los sujetos establecen la estrategia de relacionarse con personas cada vez más desconocidas, procurando así su anonimato. Esta actividad va obsesionando su vida y el devenir de esta conducta empieza a tornarse un poco más insatisfactorio, convirtiéndose finalmente en algo repetitivo, apresurado, obsesivo en pensamientos y fantasías. Aunque todavía no hay razones para sospechar ningún deterioro y, menos aún, para cambiar nada al respecto, lo cierto es que el ciclo se transforma en ansioso, aparece la tensión, la preocupación, la irritabilidad y los primeros esfuerzos por reducir o controlar el ritual terminan fracasando. A todo eso se suma la percepción de un placer más acotado, fragmentado, vacuo, cuyo reflejo son los encuentros rápidos y casuales. Hace tiempo que desapareció el afecto, y las caricias son como recuerdos nostálgicos del pasado. Aparecen las mentiras, el alejamiento de sus seres queridos y, a pesar de todo, se sigue insistiendo en la conducta que no puede sino finalizar en culpa, en remordimientos que se entremezclan más intensamente con su vida mental y relacional. Ya no existen las obligaciones ni la responsabilidad pero sí la desesperación y el anonadamiento. Generalmente, como en otras dependencias, se observa un fallo en el control de la conducta y, aunque lo perjudique, no cesa. El 40% pierden a su pareja, el 73% ha alimentado ideas obsesivas o recurrentes de suicidio, el 27% tiene problemas laborales, y el 68% está en riesgo de contraer el sida u otras enfermedades, (NCSA 2003). Estos datos son muy similares a los que frecuentemente se dan en otras dependencias, por ejemplo en la ludopatía, salvo el último dato.

Según algunos autores, la base de la definición del concepto de “adicción al sexo” es la misma que en todas las dependencias: la falta de control y la ausencia de límites, llegando a depender de *algo* que casi siempre está fuera de ellos. Esta conducta no sólo proporciona placer sino que puede cumplir otras funciones, como la de evitar y escapar de estados disfuncionales aversivos como el dolor, la tensión o reducir el malestar. Autores como Mellody (1997) se inclinan por definirla como “una conducta que reduce el malestar y compensa estados anímicos disfuncionales”. “Una conducta sexual irrefrenable que genera autogratificación y, especialmente, el alivio del malestar interno”, Echeburúa (2000).

Estas personas descubren la posibilidad de apoyarse en ciertos mecanismos compensatorios. El sujeto opta por un estado emocional, propio de la adicción, con el que podría defenderse de sentimientos intensos de angustia, de culpa, de abandono, de dolor, rabia, vergüenza, atenuar su vacío, etc. En este sentido es un problema que está más en el orden de lo psíquico que en el de los trastornos de la sexualidad. Las razones por las cuales las personas realizan este movimiento, que podemos llamar compensatorio, sustitutivo y/o de carácter represivo, son tantas como personas, ya que, según afirma Conchi Martín (2003), “cada persona, de alguna manera, inventa su propio síntoma”. Se han podido defender de los peligros realizando una actividad estimuladora, han podido aprender a aliviar el miedo, la inseguridad, resguardándose de algún modo en su disfuncionalidad. Según algunos autores, la elección del *sexo* puede ser escogida y, según otros muchos, es algo meramente circunstancial. No estamos de acuerdo con esto último, ya que, en la práctica clínica, nos damos cuenta de que dicha elección tiene que ver con el plan de vida, con sus fantasmas, con sus significaciones, con el vínculo afectivo y, como señala la doctora Avodah K. Offit (1979), con su “yo sexual”. Nos encontramos con un ser humano arrojando con su envoltura un síntoma diferente, lo que nos hace pensar que se trata más que de un síntoma, de una enfermedad. Para unos podrá significar un reto como empuje sintomático, en una sucesión angustiosa y agotadora por probarse a sí mismos, por autoafirmarse hasta la extenuación. Para otros, tal vez, será sólo un exceso de goce, bajo un descontrol emocional y una no resolución del placer; un estado de fijación entre la dependencia y la separación del otro. Otros, todavía, escogerán a personas que no lo conozcan, como en un simulacro simbólico y ritual, y huirán antes de ser conocidos, a la par que irán nuevamente a otro lugar para colmar lo que ellos llaman “necesidades”: “Que no me conozcan, se dicen, ya que no quiero conocerme a mí mismo”. “Una especie de anestesia perpetua, repetida”, Rivas (1999).

En este sentido, ya no se trata únicamente de una conducta o unos sentimientos implicados que alivian "algo". A esto debemos sumarle la estructura y la construcción de significantes subjetivos de la persona a la vinculación de un significante, como pueda serlo el sexo, o incluso a lo que el sexo significa para la persona. Es decir, se hace imprescindible el análisis de la implicación de determinados meca-

nismos psíquicos estructurales, a la par que el análisis del proceso, consistente en qué tipos de función, implicación, defensas y responsabilidad cumple el síntoma en la estructura de la persona concreta.

14.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lo diferenciamos del trastorno límite y los estados maníacos o hipomaníacos. La adicción al sexo no se debe a la fluctuación anímica sino que es algo continuado en el tiempo. Muchas veces los criterios de diagnóstico son difusos, como en el caso de concretar la dependencia a líneas telefónicas eróticas o *hot-lines*. Decimos esto porque los dependientes de estos servicios, en general personas tímidas y apocadas, son clasificadas igualmente como “adictos al sexo”, y en este punto no hemos avanzado mucho, ya que Freud, hace más de un siglo, concretamente en 1890, señaló que “escuchar cintas con contenidos eróticos debería considerarse una variante del voyeurismo pero en su modalidad auditiva”, Amparo, Ramos, Sandín (1995).

14.3. ABSTINENCIA Y TOLERANCIA, SUS SÍNTOMAS

Por lo regular se ha hablado mucho de la abstinencia, pero poco de la tolerancia. Lo cierto es que en la persona adicta al sexo aumenta la tolerancia, es decir, cada día vive más obsesionada por el sexo, por una nueva conquista, a semejanza de los adictos a las sustancias.

“Una persona de unos cuarenta y cinco años que durante un tiempo vivió completamente enganchada al sexo, tanto que frecuentaba asiduamente casi todos los clubes de prostitución de la región, ejercía como una especie de magnetismo compulsivo, con el consiguiente miedo y angustia a que lo descubriera su mujer, a contraer el sida y al descalabro económico; sin embargo, le resultaba imposible dejarlo”, (Isidoro Martín 2001).

Otros casos tienen dificultad en la adherencia al tratamiento, ya que desde un primer momento intentan ligar con el/la terapeuta, o no llegan a la primera entrevista: *“El paciente no llegó a entrar a la primera sesión de la consulta, en la misma sala de espera dijo que con ese dinero se podía ir a un club”,* (Fernando Pérez del Río 2000).

Hay personas que acuden a prostíbulos y que manifiestan sentimientos intensos de vacío y rabia. Generalmente tienen problemas con su pareja, otros están separados o divorciados y reconocen su responsabilidad. Por otra parte, también nos encontramos con aquellos que no manifiestan sentimiento alguno de culpa y que presentan patologías sexuales graves, lo que entendemos en sexología clínica por perversiones. Determinados casos utilizan el teléfono, concretamente las líneas eróticas, se excitan, se masturban y sienten gran culpa, todo esto rodeado en determinadas ocasiones de fuertes sentimientos de religiosidad. Suelen ser sujetos de personalidad tímida, acomplejados y muy solitarios. Tienen sentimientos de culpa y frecuentes autorreproches, impresiones de vacío, inseguridad. En cuanto a la abstinencia, se habla de síntomas tales como “nerviosismo, irritabilidad, dolores de cabeza, temblores, insomnio, etc”, Echeburúa (2003). Otros autores manejan síntomas parecidos: “irritabilidad, ansiedad, náuseas, insomnio, temblores, cefaleas, inquietud”, Sanz, O., Fuentes, J., Gándara (1999). En cuanto a los síntomas de la abstinencia de los dependientes al sexo, no encontramos una especificidad directa con la variante sexo y sí con las consecuencias de cualquier dependencia. Por lo general, en la abstinencia el paciente relata síntomas subjetivos como dolores de cabeza, nerviosismo, angustias, temblores, irritabilidad, insomnio; lo que podemos llamar “mono psicológico”.

El síndrome de abstinencia se produce tanto por la terminación de la conducta como por lo que esto significa para la persona. En el período de abstinencia deben existir alternativas para la persona. Plantear poco a poco la construcción de planes, la gestión de capacidades y la integración de sus emociones antes del cese de las actividades disfuncionales, será clave en la recuperación. Poder manejar la huida ante la frustración, transmitiendo en un primer momento el permiso de sentir para poder resolverlo y poder planificar un futuro, poderse entender, aceptarse e ir nombrando todo eso que desconoce, constituirá un camino lento pero eficaz a la hora de situar el cambio. Si esto no es resuelto por el sujeto, probablemente surgirá una irrupción, un bloqueo o un *impasse*, que durará probablemente hasta la siguiente recaída o abandono. “El cambio, especialmente el cambio en la conducta adictiva, no es un fenómeno que siga la ley del todo o nada. Un modelo comprensivo de cambio tiene que cubrir todo el curso del cambio”, Graña (1998).

14.4. ETIOLOGÍA

Existen diferentes hipótesis respecto a las causas, como la teoría de los andrógenos como factor desencadenante (aunque lo cierto es que no está muy clara), o algunas teorías sobre el lóbulo temporal, o ciertos tumores. Y sobre todo las explicaciones sobre el sistema cerebral de recompensa. Se tiende a afirmar muy a la ligera que la dependencia al sexo, como en otras ocasiones, es en un primer momento un reforzamiento positivo, de igual manera que posteriormente pasa a ser negativo. También se esgrimen estas interesantes razones: la educación punitiva, estricta, rígida, represiva, junto a una visión de la sexualidad culpabilizadora y sucia.

Nos encontramos de nuevo ante la frecuente pregunta de si el dependiente nace o se hace. Autores como Earle y Crow (1989) afirman claramente en sus investigaciones que el adicto no nace, se hace. Suponemos que es posible encontrar un gen, pero dudamos de que sea uno que dé importancia a los significantes, al igual que vemos improbable y complejo encontrar el gen que haga comprender los chistes. Por otro lado, desde USA nos llegan libros como *Sex addiction case studies and managemet*, que emplean explicaciones o apoyan las tesis de los acontecimientos traumáticos -los abusos- como origen de esta dependencia. Según la “National Council of Sexual Addiction” NCSA (2003), en USA, un 71% de los adictos reconoce haber sufrido abusos físicos y un 83%, abusos sexuales. Aunque presumamos también una alta correlación en nuestro país, en el fondo creemos que habría que realizar nuevos estudios de campo sobre estos mismos puntos, con una metodología mejorada y muestras significativas que nos den mayor claridad.

Como diría Jacques Alain Miller: “Aman a las que no desean y desean a las que no aman”.

14.5. EPIDEMIOLOGÍA

“Más frecuente en varones”, Earle y Earle (1995). Parece ser que el inicio se suele establecer aproximadamente a los veinte años de edad. En cuanto a los adictos al sexo por Internet (cibersexo), nos apuntan de nuevo desde USA, en un estudio de Stanford y Duquesne

(Cuna 2000), que podrían existir en aquel país aproximadamente 20 millones de personas que frecuentan más de 10 horas a la semana cualesquiera de las miles de direcciones pornográficas que existen en la Red. Estaría, pues, afectado “un 2% de la población”. Las características más frecuentes que presentan estos individuos son las siguientes: “hombre casado, con profesión liberal, de clase media, de entre 35 y 45 años y padre de familia”. “Entre los pacientes [...] hay un 50 % de homosexuales y algunas mujeres”, Sanz (2003). En la literatura al respecto también se habla de que una persona clasificada con este trastorno tiene mayor comorbilidad de padecer otro trastorno adictivo. Se ha relacionado el tema con personas narcisistas, obsesivas, dependientes y dadas a un excesivo abuso de medicamentos y especialmente de alcohol. En el siguiente cuadro podemos observar la anatomía de la adicción sexual sintetizada por el Dr. Patrick, (ver cuadro pág. 140).

14.6. DON JUAN O EL DEPENDIENTE

“Según Foucault, los dos grandes sistemas de reglas que Occidente ha concebido para regir el sexo -la ley de la alianza y el orden de los deseos- son destruidos por la existencia de Don Juan”, Rosenzvaing (1996). A lo largo de la historia de la literatura hemos tenido tantas figuras de Don Juan como síntomas y estilos tienen sus magníficos creadores. La premisa necesaria de Don Juan es seducir a todas las mujeres viables para posteriormente desentenderse de ellas. Después de conquistada la hembra surge el efecto del desinterés, el entusiasmo se diluye. Cada época crea su propio Don Juan, que por lo general es clasificado como una mezcla de persona traumatizada con rasgos de artista. El más afamado burlón hispánico es el de Zorrilla. Su historia transcurre desde su briosa presentación hasta el final de su curación, curación que no puede ser más que por amor. Por el amor se arrepiente en una especie de acto de contricción, aunque según el propio autor “no hay que olvidar que lo suyo era un drama”, muy en consonancia con el igualmente arrepentido Don Juan de Zamora.

ANATOMÍA DE LA ADICIÓN SEXUAL

- 1 Un patrón de conducta de fuera de control.
- 2 Severas consecuencias debido a la conducta sexual.
- 3 Incapacidad para detenerse a pesar de las consecuencias adversas.
- 4 Empeño persistente de conductas auto-destructivas o de alto riesgo.
- 5 Esfuerzo o deseo constante de limitar la conducta sexual.
- 6 Fantasía y obsesión sexual como estrategia primaria de manejo.
- 7 Aumento de la cantidad de experiencia sexual debido a que el nivel actual de actividad no es por más tiempo suficiente.
- 8 Cambios severos del estado de ánimo alrededor de la actividad sexual.
- 9 Consumo de cantidad extraordinaria de tiempo en obtener sexo, ser sexual o recuperarse de la experiencia sexual.
- 10 Negligencia en las actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido a la conducta sexual.

DON'T CALL IT LOVE.

Recovery from Sexual Addiction. Dr. Patrick Carnes. 1991.

Tirso de Molina nos dibuja un Don Juan un tanto rococó, trivial, estrambótico, burlador y atrapado en la envoltura de su propio síntoma, de parecidas formas al pudiente e irresponsable de Molière. Y otros tantos, como el del conde de Mirabeau (siglo XVIII); el Don Juan de *Marana ou la Chute d'un agne*, de A. Dumas; como el Walter de la época victoriana, *My secret life*; como el artista Don Juan Mozartino, o el Don Juan materialista del siempre brillante Lord Byron.

Nos podemos preguntar cuáles son las diferencias entre un dependiente y el Don Juan. Gurméndez (1994) dirá: “El Don Juan moderno ya no es el refinado buscador de variedades para su alma [...] ahora

quiere vivir en un estado permanente de placer, para evitar el dolor”. Respecto al dependiente, nos encontramos con definiciones más psicologizadas, como la del DSM III-R que sostiene para estos casos la etiqueta de “Trastorno sexual no especificado”, definido como “malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas caracterizadas por sucesiones de amantes que constituyen solamente objetos para ser usados”. Cobran importancia los aspectos más perversos y matices como la agresividad, la violencia, el control. “Tienen más problemas para relacionarse con el otro sexo [...], tienen tendencia a la violencia, violencia doméstica, etcétera”, Felipe Acunar (2000). En este sentido y salvando las distancias, el concepto de adicción que impera en la actualidad tiene un carácter más impulsivo-agresivo. La adicción al sexo es, según Jean Adès y Michel Lejoyeux (2001), el producto de lo “políticamente correcto”. Un trastorno que está más que nada relacionado con las disfunciones emocionales, Mellody (1997) y Aviel (1993). Mientras que al Don Juan de Zorrilla podríamos definirlo como un buscador de sensaciones (BS) que asume experiencias varias y no localizadas en un único objeto: le excitan los viajes, los retos, las fiestas. *“Porque no hay como/ Tenorio otro hombre sobre la tierra/ y es proverbial su fortuna/ y extremadas sus empresas.”* Incluso el tener síntomas, manías persecutorias y estilos estrambóticos diferentes al resto marcan su diferencia, aunque sufra en algunas ocasiones por ello, ya sea en forma de deshonor o de soledad. Un personaje que enfrenta los riesgos, los cuales también tienen que ver con la agresividad, pero con un carácter ciertamente más, por decirlo así, “aventurero”.

Se trata de un seductor con un carácter en muchas ocasiones “inmaduro”. Pero, sin duda, más divertido, cruel, falto de escrúpulos, desafiante, oportunista y vividor, si bien los excesos y las irresponsabilidades le acaban por pasar factura. *“Pues por doquiera que voy/ va el escándalo conmigo.”* Nos encontramos también interpretaciones interesantes de Don Juan como aquella de Marañón (1992): “Don Juan tenía una gran dificultad para establecer relaciones amorosas francas y profundas”. Hipótesis que se basan también en el desprecio a compartir con otra persona. A recuperar a la madre en cada mujer. Luisado y Poltard (1992), darán un paso más y lo relacionarán con la personalidad histérica masculina; dirán que “es un esfuerzo para aproximarse a sí mismo”. Una versión ésta parecida a la que esgrime

Milán Kundera (1994) cuando habla de las obsesiones de un amigo en su libro *Los amores ridículos*. Juan Peña (2003), en su magnífica introducción a Zorrilla, nos comenta la visión que de Don Juan tiene Kierkegaard, el cual lo describe como “un desvelador de misterios”, “un individuo en constante formación y crecimiento pero jamás concluido”. Creemos que esta formulación es la retomada por Vallejo-Nájera (1992), quien dirá posteriormente que Don Juan es un “clásico inmaduro, que busca la autoafirmación en la adolescencia, un objeto que se convierte en aumento de su autoestima, [...] dificultad para integrarse realmente en sus relaciones afectivas”.

14.7. TRATAMIENTO

¿Es posible y curable la adicción al sexo? Tanto los estudios realizados como, sobre todo, la experiencia clínica nos dicen que sí. Sea cual fuere la causa, el pronóstico es bueno a medio y largo plazo, mediante un tratamiento exhaustivo y cualificado. Estamos ante un síntoma complejo, asociado a otros desequilibrios psicológicos: ansiedad, depresión, culpabilidad, vergüenza, baja autoestima, inseguridad, inmadurez, incapacidad para tomar decisiones de compromiso, baja tolerancia a la frustración, aburrimiento, cierto componente fóbico, amenaza de castración, pensamientos obsesivos compulsivos, ideas autolíticas. Se manifiesta como si fuera una adicción invisible, es decir, difícilmente identificable con la imagen externa de la persona, quien, en la mayoría de los casos, sostiene una doble vida. Un adicto al sexo, ¿nace o se hace? Es una pregunta que tarde o temprano nos hacemos los que trabajamos con personas adictas, como ya hemos apuntado. Lo que la experiencia nos muestra es que el desajuste psíquico, el ambiente familiar, educativo y social son factores importantes en esta etiología de las adicciones y, en concreto, de la sexoadicción. Buscar ayuda especializada será el primer paso para el cambio. Por parte del psicoterapeuta es clave ayudar a cada persona a darse cuenta de lo que le ocurre, de las condiciones concretas, de las conductas y emociones derivadas de su personalidad y propias de su yo sexual. Ayudar al paciente a hacerse consciente del conflicto, a conocer qué es lo que lo tapa y/o compensa, a expresarlo, disputarlo, aceptarlo e integrarlo, y a crear nuevas metas e intereses; en

definitiva, a descubrirse a sí mismo, sus potencialidades internas, y a tomar por sí mismo las riendas de su vida aprendiendo a protegerse de una manera sana. No se trata de vivir sin sexo sino de reconducir y organizar de forma adecuada su compleja estructura cognitivo-emotivo-comportamental.

Aunque una persona adicta al sexo se recupere, ¿siempre será un adicto? Lo mismo que sucede con otras adicciones, siempre tendrá que estar alerta y no bajar la guardia para no repetir esquemas y así evitar una recaída, aunque ésta pueda formar parte de su propio proceso de cambio. Teniendo en cuenta esto, podrá conseguir una vida equilibrada. Puede que a algunas personas los fármacos les sirvan de ayuda, como los inhibidores de la serotonina, ansiolíticos o bloqueadores de la testosterona y antidepresivos. Lo que tenemos claro es que la educación integradora y la prevención es fundamental. El sexo es algo bueno y positivo, pero vivido al estilo de Don Juan conlleva sufrimiento y conflicto.

14.8. CONCLUSIONES

Sexoadicción, ninfomanía, mito de Don Juan, síndrome de Peter Pan..., todo hace referencia al sexo como síntoma de otra cosa. El “yo sexual” es vivido como conflicto psíquico interno y se muestra de diferentes formas en cada persona, por lo que el tratamiento será siempre no estandarizado, es decir, adecuado a cada persona en particular.

Por otro lado, en relación a los abusos sexuales como etiología de la adicción al sexo, creemos que es necesaria mucha más investigación; encontramos más que debatible determinados estudios que afirman que un 71% de los adictos reconoce haber sufrido abusos físicos y un 83%, abusos sexuales. Ponemos de manifiesto lo ineludible de una revisión de estos estudios y el planteamiento de otros nuevos, en los cuales trabajemos conjuntamente clínicos y sexólogos.

15

**LA DEPENDENCIA A COMPRAR
O EL SER CONSUMIDO**

La etiología desconocida de este trastorno es una de las razones fundamentales de este capítulo. La dependencia de las compras ha recibido nombres como oniomanía, compra compulsiva, síndrome de las compras, trastorno de la adquisición. En inglés se ha llamado *shopping disorder*; *pathological spending*, *dressing disorder*, *shopaholics*, etc.

Lo definimos como la necesidad tiránica de comprar. La necesidad irrefrenable y abusiva de obtener casi siempre objetos innecesarios, superfluos. Estos objetos se olvidan pronto, almacenados en los armarios o en los trasteros, se regalan, se coleccionan o terminan finalmente reciclándose. Estas compras se pueden realizar por Internet, por catálogo, a través de cualquier medio o soporte. Si por algo se caracteriza esta dependencia a comprar es precisamente por la repetición insistente de la conducta de comprar y por no poder controlar el impulso de hacerlo. Se manifiesta por episodios, generalmente 13 al mes. Este trastorno encaja en las dependencias comportamentales, o lo que popularmente se entiende por *trastornos adictivos*, los cuales pueden adoptar como ya hemos comentado “diversas caras”, siendo aquélla una de ellas.

En una primera fase, hay un impulso irresistible a comprar. Se observa claramente la sensación de placer o evasión “placentera” que la persona manifiesta. Es una fase eufórica con un evidente refuerzo positivo como factor mantenedor, experimenta una sensación de bienestar donde todavía la persona se percibe con el control de la deci-

sión, lo que le produce alivio sintomático momentáneo que, generalmente, alivia la angustia, el vacío interior.

En una segunda fase se observa el aislamiento progresivo del sujeto en forma de desvinculación de lo social, es decir que, poco a poco, se va apartando de sus iguales, de sus allegados, y el sentimiento de culpa se hace más que presente. Su estado de ánimo se altera, caracterizado por síntomas tales como la ansiedad, la irritabilidad, el nerviosismo, insomnio, agitación, depresiones. Y aparece una nueva e intensa preocupación por la búsqueda de objetos. Empiezan a darse problemas familiares, de pareja y económicos, ya que como sucede en otras adicciones hay una supeditación del estilo de vida al mantenimiento de la dependencia.

Por último, la duración del episodio de consumo como variable no sería un indicador fiable. Es decir, es más significativa la pérdida del control y la intensidad de ese descontrol que el tiempo que pasa una persona comprando un objeto.

15.1. EPIDEMIOLOGÍA. COMORBILIDAD

Desde un punto de vista epidemiológico se habla de un 6 % de personas afectadas en USA. En España, el Ayuntamiento de Madrid puso de manifiesto, en una encuesta presentada el Día Mundial del Consumidor, que un tercio de las personas reconoce que *abusa* comprando más de lo que necesita. Una encuesta realizada por la UCE simultáneamente en varias regiones europeas, entre ellas Castilla la Mancha, Escocia, Lombardía, Toscana, sobre el consumo desmesurado, concluye que un 3% de personas padece adicción patológica, un 33% abusa irreflexivamente de las compras, esto es, un tercio de los consumidores tiene problemas de descontrol en la compra y, por consiguiente, en el gasto. Christenson (1994) señala la comorbilidad como factor a tener en cuenta en este trastorno: los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos en la alimentación. Otro autor, Schlosser (1994), corrobora ese mismo año, casi a la par, estos datos afirmando que la comorbilidad psiquiátrica en más del 60% son los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, el abuso o dependencia de sustancias y trastornos en la alimentación. Lejoyeux y Col (1995), por su parte, nos hablan de la compra compulsiva como

conducta asociada a la depresión. El 8 % de los pacientes deprimidos presentaba síntomas de compra compulsiva. A esta lista otros autores añaden los desórdenes de la imagen, los trastornos de personalidad y el trastorno de ansiedad generalizado. También se suele relacionar este trastorno con el hecho de haber tenido problemas con el juego y con personas que en su pasado tuvieron problemas con el alcohol. En cuanto al diagnóstico diferencial, se deberá tener en cuenta el trastorno maniaco y la hipomanía. Recientemente se ha realizado un estudio piloto donde se encontraron correlaciones muy significativas entre las siguientes variables: abuso de las compras y dependencia de la cocaína, Vega (2003). Este trabajo refleja un incremento en la población adolescente y deja una puerta abierta a futuras líneas de investigación que incluyan la propia definición del trastorno.

15.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS. INICIO Y CURSO.

Según la mayoría de los estudios en cuanto a las características demográficas, el 80 % aproximadamente son mujeres. El inicio y curso está en torno a los 18 años y la media de edad de los pacientes con problemas de compra compulsiva es, según Schollosser (1994), de 31 años. Según Christenson (1994), 29.5 años. El nivel cultural es medio alto. McElroy (1995) coincide con Schollosser (1994) al afirmar que “el 60% son mujeres de curso crónico. Mujeres entre 30 y 50 años que viven en ciudades más o menos grandes, de clase media alta”. Ellas serían las más afectadas por este síndrome. Se esgrimen teorías explicativas, como por ejemplo que son mujeres que procuran ese placer momentáneo ante situaciones vivenciales displacenteras. El no afrontar las cosas se mezcla con la evasión repetitiva en los consumos (en episodios). Factores de riesgo predisponentes son la presión de los medios en general, el culto a la archipresente juventud, a “lo joven”, una presión que en un principio es más acentuada en las mujeres. Estos medios de comunicación refuerzan creencias irracionales tales como que el objeto se correlaciona con el *estatus*, creando asociaciones en donde la influencia sobre los demás, el prestigio, depende de los objetos poseídos. También se observa la exposición como aprendizaje (ir de compras relaja). En este sentido, lo que las

personas con conductas compulsivas a las compras suelen hacer es: “Recurrir al auto-obsequio [...] como recurso para influir o controlar sus estados de ánimo: ‘Me iré de compras para sentirme mejor’”, Schiffman y Lazar (2001). En la literatura al respecto se ha descrito a estas mujeres con determinados rasgos comunes: hedonistas, necesitadas de activación, crédulas o mudables, expansivas, volubles e insatisfechas. Este colectivo mostraría mayor ansiedad y baja autoestima.

La mayoría de las hipótesis nos llevan a interpretaciones emocionales que se inscriben dentro del comportamiento impulsivo, “donde la persona se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo a través de la acción más que a través de las reflexiones o sentimientos”, DSM-IV (1995). Una aproximación a dichos sentimientos empezaría por la falta de control emocional de este colectivo de mujeres; tienen una conciencia errónea de la actuación y una falta de control de sí mismas que les resulta difícil percibir. Como posibles hipótesis podemos sugerir explicaciones no basadas en lo estadístico, por ejemplo, aventuramos desde la práctica que existe el deseo interno de tener control, poder sobre un área donde ella toma las decisiones, obteniendo así un poder “insano”, disfuncional, pero que, en definitiva, es suyo y lo controla (es mejor controlar algo aunque sea disfuncional que no ser nada). Una mezcla de venganza, miedo, tentación, placer y poder que no puede expresar el paciente y mediante la cual canaliza los deseos y las decisiones que no puede o no quiere tomar en otros ámbitos. Ella, en un momento y en una situación determinados, puede escoger lo que desea. Una de las nuevas formas de diversión que tienen los jóvenes hoy día es irse a las grandes superficies comerciales. Sin embargo, el abuso de las compras por parte de los adolescentes es atribuible a otras razones. Se esgrime frecuentemente su falta de sentido crítico y carencia de límites. Hay que tener también en cuenta que en principio es un colectivo muy influenciable por la publicidad.

En la actualidad algunos programas de prevención cargan sus tintas en la educación acerca del consumo, en la educación en valores. El fomentar el sentido crítico de las personas se esboza como la mejor prevención. Este estilo de prevención lo consideramos más adecuado y acertado. Es un colectivo poco estudiado, ya que los escasos estudios que encontramos de esta población son muy significativos en cuanto a su problemática. Para concluir, diremos que una parte de

esos jóvenes ha tenido problemas previos, ya sean de carácter social o problemas psíquicos. Por otra parte, los hombres adultos se caracterizarían por comprar objetos tecnológicos, relojes, teléfonos, etc.

15.3. TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento, cada vez se están desarrollando mejores modelos para el diagnóstico y para la terapia de la conducta compulsiva y de las dependencias en general.

Comprobamos la eficacia de los tratamientos grupales y que tanto un trabajo terapéutico en equipo como las revisiones clínicas optimizan los resultados. Los modelos dinámicos y humanistas están dando buenos resultados. También el modelo médico ayuda al tratamiento ofreciendo fármacos estabilizadores del humor, antidepresivos y ansiolíticos como el citalopram, fluoxetina y la fluvoxamina (ISRS). También observamos, desde hace tiempo, que cualquier modelo es eficaz y tiene buena aplicabilidad si demuestra coherencia en la presentación del caso. En la actualidad comienza a darse una concienciación más clara de lo que puede originar dependencia psicológica en general. En nuestra opinión y como hipótesis para futuras investigaciones, intuimos que el porcentaje de afectados pueda ser similar a la ludopatía, y que dependa de otras variables como la zona geográfica, el sexo, las regiones, el poder adquisitivo, etc. Aunque no dispongamos de datos empíricos estadísticos actualizados, observamos y tenemos confirmación de que va a más. Suelen ser personas que tienen cada vez menos tolerancia a la frustración, con más ansiedad, que padecen más soledad, angustia, dificultades laborales, y que son, sobre todo, mujeres. En referencia a este colectivo consideramos conveniente agregar que, en el pasado, la mujer sufrió el llamado sexismo hostil, que después se transformó en un sexismo ambivalente en el que se seguía viendo a la mujer como un ser inferior. La posición actual es el sexismo benevolente, donde se da una especie de semi-concesión, lo que implica que la mujer es apreciada, pero con ciertos límites.

La adicción a las compras -la oniomanía- tiene cura y se debe tratar en su conjunto y con tratamientos integradores.

16

**LA DEPENDENCIA AL JUEGO:
LA LUDOPATÍA.**

Hace 20 años no encontrábamos estadísticas epidemiológicas fiables sobre la ludopatía. Es en la década de los noventa cuando nos dimos cuenta de que medio millón de españoles sufrían los efectos de la ludopatía, un grave trastorno psicológico relacionado con la adicción al juego. En 1996, 580.000 personas padecían este trastorno, según la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR). En este mismo período se divide la tipología de jugadores. Esto significa que el número de jugadores patológicos será de 450.000, y el de jugadores problema, de 750.000, Becoña (1998).

Cuando el juego de azar -jugar a cambio de algo- deja de ser un entretenimiento y se convierte en una necesidad, comienza el largo y dramático proceso de esta enfermedad, convirtiéndose la persona en adicta. Una definición ya clásica y todavía no mejorada, pertenece a Lesieur (1984): “Aquel sujeto que fracasa reiteradamente en su intento de resistirse al impulso de jugar”. El juego patológico ha existido siempre, aunque el auge lo establecemos en la Revolución Industrial, tras el aumento del poder adquisitivo de la población y el fácil acceso a los juegos, salones, casinos y máquinas tragaperras. Las primeras descripciones pertenecen a la tradición psiquiátrica alemana, Gebattel en 1954 y Wiesenhüter en 1974. Sin duda es la adicción social más representativa de todas. La primera que fue aceptada internacionalmente y que se incluyó en el DSM, y la que abre la puerta a las demás adicciones sin sustancia. Es decir, a raíz de que se aceptara el

criterio de ludopatía que no tiene que ver con el consumo de sustancia alguna, sentó las bases y los criterios de otras formas adictivas sin sustancia. Décadas atrás no se le prestó casi ninguna atención. Era un tema sin importancia para los profesionales de la salud, no porque no existieran personas afectadas, sino porque muy pocos sabían de qué se trataba, desconocían su gravedad y repercusión social. Por otra parte, el jugador lo ocultaba pensando que era un vicioso, ya fuese por culpa o por desconocimiento. Hoy, pese a ser reconocida como un trastorno, sigue pendiente su prevención y una mejor regulación social.

El juego, en sentido amplio, es una diversión que puede estar presente en todas las áreas de la vida. El problema surge cuando la persona lo convierte en una necesidad compulsiva, cuando se juega a cambio de “algo”, *gambling*. El comienzo pudo darse aquel día que echó unas de esas monedas sueltas en la tragaperras y le salieron tres cerezas; así empezó a jugar a cambio de “algo”. Comenzaron los rituales de poner nombres a los cartones en los bingos, la superstición de apostar con una camiseta determinada o pensar que “hoy la máquina está gorda”. Y a pensar que tendrá que recuperar el dinero perdido. Al mismo tiempo, estas maneras se acompañaban muy frecuentemente de alcohol y depresiones, de soledad, frustración, fracasos en las relaciones de pareja, etc... Ya no se comunica con casi nadie, ya que su relación, su lenguaje, sus propios símbolos y códigos los establece a través del juego. Ya tiene su propio mundo, no necesita mucho más. *Rien de rien*. Hasta que un mal día, después de haber robado el dinero de su comunidad de vecinos y ver la nota en la que su mujer le anuncia que lo ha abandonado, empieza a tomar conciencia de que algo le pasa y cae en la cuenta de su realidad.

16.1. PERFIL CARACTEROLÓGICO

La psicopatología contemporánea, con su exponente en el DSM, incluyó la ludopatía en DSM-III-R, APA (1983) como entidad nosológica propia; aunque omita la palabra adicción, la clasifica como uno más de los trastornos de control de los impulsos no clasificados en otro apartado, un grupo de comportamientos irracionales que abarca

desde la cleptomanía, la piromanía y los trastornos explosivos intermitentes hasta los trastornos explosivos aislados. Hoy día, el DSM IV (1998) lo clasifica de igual forma.

DSM IV
Criterios para el diagnóstico de F63.0 Juego patológico
[312.31]

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:

- **1** Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
- **2** Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
- **3** Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
- **4** Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
- **5** El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
- **6** Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas)
- **7** Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
- **8** Se cometen, para financiar el juego, actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza
- **9** Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego
- **10** Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera provocada por el juego

B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

Los criterios diagnósticos generales son: necesidad de aumentar la frecuencia o el número de horas jugando; constante preocupación por jugar; gastar más tiempo y dinero del que tenías previsto; intranquilidad en el caso de no estar jugando; fantasías sobre cómo se desarrollará el juego; repetidos esfuerzos por dejar los juegos; aumento de la conducta compulsiva ante dificultades; problemas familiares, laborales, escolares; persistencia del problema, etc. En un pasado reciente se asoció el trastorno de personalidad antisocial a la ludopatía, ya que es un trastorno que se caracteriza por no tener límites pero sí gran impulsividad.

Todavía, desde que se aceptara en 1980 (y ya dijimos que fue incluido en 1983 en el DSM), nos persigue el debate de si la ludopatía es una adicción, una conducta problemática o un problema del control de los impulsos. “En el momento actual, no existen pruebas suficientes para determinar categóricamente la naturaleza de la conducta de jugar tanto problemática como impulsiva, adictiva o compulsiva”, Louise Sharpe (1997). Nosotros añadimos que el tener pruebas no quiere decir forzosamente que sea verdad. Últimamente observamos con preocupación cómo se confunde evaluación con verdad. Al igual que algo que funciona no implica necesariamente que sea verdadero.

Por otro lado, un estudio experimental del año 2003 titulado “Estudio experimental sobre las diferencias en cuanto a la elección de colores en sujetos ludópatas y alcohólicos”, puso de manifiesto que en la adicción al juego no sólo se trata de la falta en el control de los impulsos, sino que, por ejemplo, también existe una marcada aparición de rasgos obsesivos. Exponemos el estudio:

“Se pretende saber cuál de los tres colores primarios es preferido por pacientes ludópatas y alcohólicos. $N = 92$. Para su realización se presentan a cada sujeto 21 tarjetas. Cada tarjeta tiene los tres colores primarios. Se tiene que escoger un color por tarjeta. Se realiza un análisis multivariado de la varianza (MANOVA) y la corrección de Bonferroni. No se encontraron efectos significativos en la preferencia por el color Verde, Azul o Rojo. Sin embargo, observamos que los sujetos ludópatas y alcohólicos repiten más el mismo estímulo, es decir, ante tres alternativas estimulares (en este caso eran los tres colores primarios) los ludópatas y alcohólicos tienen una ‘tendencia’ a escoger sistemáticamente el mismo estímulo y descartar las otras

dos opciones. (Por ejemplo, una persona diagnosticada de ludopatía puede escoger 21 veces el rojo, otro ludópata escogerá 21 veces el azul, mientras que el Grupo Control escoge normalmente 7 veces el rojo, 7 el verde y 7 el azul.) Esto nos lleva a plantear que los grupos estudiados tienen un fuerte rasgo obsesivo. El ludópata no solamente siente un fracaso permanente sobre la capacidad de resistir *los impulsos* al juego y a la conducta que conlleva, además *repite obsesivamente la misma conducta*”, Fernando Pérez del Río (2003).

Encontramos que el diagnóstico de trastorno en el control de los impulsos no da respuesta a la realidad, ya que entran en juego más variables. Vemos que es un diagnóstico de alguna manera excesivamente encorsetado. Finalmente, utilizamos el concepto de adicción, ya que tiene un espectro más amplio, aunque no se incluya en las nosografías actuales.

Son muchos los problemas cognitivos, emocionales y conductuales que surgen como resultado del juego, entre otros, la pérdida del trabajo, los desfalcos, las deudas, la obtención de dinero a través de fuentes ilegales, fraudes, robos. Estas personas suelen decir que el dinero es *la causa* y, al mismo tiempo, *la solución* de todos sus problemas. Lo mismo que ocurre con las sustancias: “*Phármakon* es una sustancia que comprende a la vez el remedio y el veneno; no una cosa u otra, sino ambas a la vez. Como dijo Paracelso, ‘Solo la dosis hace de algo un veneno’”, Escotado, (2001).

Fracaso que compromete y altera su persona, familia, trabajo y sus relaciones sociales. A medida que la frecuencia de juego aumenta, el individuo se ve forzado a mentir para obtener más dinero y para continuar jugando, y, como tiene miedo de su situación, lo oculta. La preocupación, la necesidad y la actividad de jugar aumentan durante los períodos de estrés. Los jugadores suelen pasar por una serie de fases, “fase de ganancias, fase de pérdidas, fase de desesperación”, Custer (1984). No se planifican, como tampoco hacen intentos de ahorrar dinero, que ganan en escasas ocasiones. Cuando las fuentes de obtener dinero se ven reducidas, frecuentemente aparecen conductas antisociales con el fin de obtenerlo. Dichas conductas, por lo común, no son violentas, manifestando una “intención consciente” de devolver el dinero. Otro dato a tener en cuenta es el siguiente: un 75% de los ludópatas tiene ideas de suicidio o ya lo ha intentado, (Cetras 1992).

16.2. EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

“La tasa de prevalencia de la ludopatía oscila entre el 2% y el 3% de la población adulta”, Montalvo, Echeburúa (1996). Si dividimos entre jugadores patológicos y jugadores problema, en “1991, en Galicia, el 1.73 eran jugadores patológicos y el 1.60 jugadores problema. En 1992, en Sevilla, el 1.67% eran jugadores patológicos y jugadores problema, en torno al 5,18%”, Amparo, Belloch, Ramos (1995). Casi todos los autores ponen de manifiesto los mismos datos, un trastorno actual de la posmodernidad que afecta por igual a otros países, USA y Canadá, del 2% al 3%. “El 83% son hombres y el 55% tiene estudios primarios; de los que piden tratamientos, el 62% están casados; con profesión de obreros cualificados, el 38 %; y obreros sin cualificar, 28%”, (Asociación Ajupareva 1992). El trastorno comienza generalmente en la adolescencia y se da con más frecuencia entre los hombres que entre las mujeres. En todos los grupos raciales por igual y en personas con “menor nivel educativo, cuanto más grande es la ciudad, más proporción de jugadores”, Ochoa y Labrador (1994). “Acuden a tratarse varones de 40 años de media, casados en su mayoría, [...] y con estudios primarios”, Becoña (1998). La epidemiología no ha cambiado demasiado, y “cada vez son más jóvenes las personas que piden ayuda”, Echeburúa y Montalvo (1996).

16.3. SÍNTOMAS ASOCIADOS GENERALES

“A los verdaderos jugadores, [...] Balzac los describe con síndrome de abstinencia desde la mañana, esperando la apertura de la sala como el alcohólico la del bar”, Adès y Lejoyeux (2001). Ansiedad, inquietud, inestabilidad, trastornos afectivos, sentimiento de culpa, etc. Todos los autores y estudios señalan las depresiones y los síntomas depresivos asociados y una relación muy alta de consumo de alcohol, entre un 79% y un 85%; hay consumo de drogas y otras conductas adictivas.

16.4. SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Síntomas físicos: temblor, pesadillas, obsesiones, ansiedad, pérdida de apetito, sudoración, inquietud, malestar, náuseas, vómitos, irritabilidad, cansancio, impotencia. Síntomas psíquicos: alteraciones del humor, del ánimo, agitación, insomnio, que “lo padecen el 50%; dolores de cabeza, el 36%, y diarreas alrededor del 34%”, Becoña (1998).

16.5. FACTORES PREDISONENTES, FACTORES MANTENEDORES

Hace 20 años se daba más importancia a factores predisponentes, como son la pérdida de los padres por fallecimiento, separación, divorcio o abandono del hijo antes de los 15 años; el contacto frecuente con actividades de juego durante la infancia y adolescencia; el sistema educativo familiar inadecuado, donde son constantes las ausencias paternas o la excesiva dureza; la alta valoración familiar del dinero y la poca educación y estima por el ahorro, la planificación y los proyectos económicos. Hoy por hoy también se da más importancia a las explicaciones biológicas. “La presencia del alelo 2 en el gen II que codifica el receptor dopaminérgico D2 [...] incrementa la susceptibilidad para la adicción al juego” Fernández Alonso (2003). Falta de endorfinas tipo B, elevadas tasas de neurotransmisores -dopamina y noradrenalina. Explicaciones psicológicas como el modelado. Cada vez se da más importancia a las variables psicológicas de personalidad, de búsqueda de sensaciones, emociones fuertes, y a puntuar en neuroticismo y psicoticismo. Veinte años después, se sigue dando importancia a la educación, pero con matices diferentes. La falta de disciplina en la infancia, los ambientes competitivos, igualmente la excesiva valoración del dinero y padres inestables, siguen siendo variables importantes. Pero señalemos que el principal factor predisponente es el conflicto psíquico, que es particular en cada persona.

Lo podemos dividir en grupos, tipos de jugadores, partes o colectivos, como a continuación haremos; pero para entender por qué una persona se “deja atrapar” en la ludopatía tendremos que entender antes su historia personal, y ésta es la postura que sostenemos y lo que venimos verificando en la práctica clínica durante estos años. Por

mucho que hagamos diagnósticos de difícil catalogación, al final nos encontramos con lo singular y particular del síntoma de cada persona.

16.6. TIPOS DE JUGADORES

“Se pueden considerar cinco: el no jugador, el jugador social, el jugador problema (aquel que juega en exceso, que mantiene un cierto control sobre la conducta de juego, no tiene graves problemas) [...], el jugador patológico (aquel jugador que ha perdido el control sobre el juego y se ve afectado gravemente) y, por último, el jugador profesional que vive del juego.” Becoña, 1993; Ochoa y Labrador, 1994; Rodríguez Martos, 1987. Para Bergler (1957) existen estos cinco tipos de jugadores: el pasivo femenino, el superior defensivo, el jugador motivado por la inconsciente culpa, el impasible y la jugadora. Los autores Hodgson, Budd y Griffiths (2000), diferencian entre el adicto primario (entienden por primario el que se engancha por razones de destreza, competencia y premio) y el adicto secundario, la persona que utiliza el juego para escapar. Para Kusysya (1978), las personas se clasificarían según las siguientes funciones: si gana o pierde dinero, si dedica mucho tiempo a ello, si hay o no personas afectadas por la conducta de juego, si se sienten bien o mal realizando dicha conducta. Este autor, finalmente, afirma que estos cuatro factores se pueden mezclar, dando como resultado 16 tipos de jugadores. Custer (1987) diferencia los tipos de jugadores según sean sus motivaciones. Habla del jugador profesional, del delincuente, del jugador de tiempo libre, ocasional o habitual. Dentro de los habituales estarían los que tienen la capacidad de autocontrolarse, como los patológicos. McCormic y Taber (1978), diferencia tres tipos: con rasgos obsesivos-compulsivos; con compulsividad moderada; con alta compulsividad. No obstante, la que goza de un mayor respaldo empírico es la propuesta de González (1989), cuyos tipos son: el jugador social, el profesional, el jugador patológico. Jean Adès y Michel Lejoyeux (2003), los dividen en indiferentes, ocasionales, apasionados controlados, jugadores compulsivos o patológicos y, por último, profesionales. En general, se habla de una personalidad adictiva -en el caso de las personas con ludopatía- cuando evidencia una alta competitividad, es hiperactiva, intenta puntuar alto en la búsqueda de emociones, es inquieta. Se caracteriza por su falta

de autocontrol y por tener intensos sentimientos de vacío: se aburre fácilmente. Preocupada por la aprobación de los demás, es generosa hasta la extravagancia. Monotemática en torno a la idea de que el dinero es importante, lo único importante. Se observa en ella falta de habilidades para hacer frente al impulso de jugar, es decir, para dejar de jugar, pero son recursos sólo circunscritos a ese aspecto, ya que en otros muy numerosos ámbitos muestra múltiples habilidades sociales, asertivas, incluso superiores a la media poblacional.

Si en algo se ha avanzado es en el análisis de las ideas irracionales de las personas con ludopatía. En cuanto a la manera de pensar, tienen gran cantidad de pensamientos irracionales, y a la hora de jugar presentan sesgos y creencias. “El 75 % de lo que piensa un jugador, es erróneo. A lo cual se ha llegado estudiando sus verbalizaciones mientras juegan” Gaboury y Ladouceur (1989). Las creencias erróneas de ganar en la próxima apuesta, “ocurren en el 80% de los casos”, Dickerson (1979). Relacionan causa-efecto, hacen innumerables hipótesis sobre el juego y personifican a la máquina. Tienen lo que se llama la “ilusión de control”, Langer (1975), la cual consiste más o menos en que las personas sólo se centran en lo bueno que hacen, en sus éxitos, en los premios ganados, y casi nunca en lo que han invertido en el juego hasta la fecha, en lo que han pedido prestado. Así refuerzan lo que ellos mismos llaman suerte, azar. Sobreestiman su capacidad de controlar la situación hasta umbrales bastantes altos. Esperan a que otra persona caliente o llene la máquina -“la máquina está gorda”-, se obsesionan con el premio a punto de salir, con la máquina ganadora. Hacen diferentes atribuciones, dependiendo siempre del resultado. Si fracasan, no es por su culpa, más bien será por el día, la máquina, la circunstancia, etcétera; y, por supuesto, si ganan dinero, será gracias a ellos mismos y a nada más. Todo esto lo confirmarán en cada jugada; un sesgo que llamamos confirmatorio.

16.7. LOS MOTIVOS DEL JUGADOR

¿Por qué estos individuos juegan hasta poner en peligro su persona, su vida, su trabajo y su familia? Es difícil dar una respuesta, puesto que las motivaciones del jugador son muchas y complejas. Entre las causas caben distinguir dos básicamente: las sociales y las individuales.

16.7.1. Sociales

La facilidad de acceso a todas las salas de juego se impone como la razón principal, ya que hay relación entre multiplicidad de salas y aumento en la prevalencia de la ludopatía, Adès y Lejoyeux (1999). El jugar está bien visto socialmente y es rentable para las arcas de la administración. En los años 80, nuestro país se había convertido en un auténtico paraíso para el juego -recordemos, por ejemplo, que en Francia y Portugal no hay máquinas tragaperras en los bares-. En el 2005, podemos afirmar que España es un paraíso bien consolidado para el juego. Existe el juego estatal, representado por la Lotería Nacional, invento de los ingleses del año 1566. La Lotería Primitiva y La bonoloto. El juego autonómico, propio de cada autonomía. El juego institucional, promovido por diversas instituciones que están encuadradas en el organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado (ONLAE): quiniela de fútbol, quiniela hípica, cupón de la ONCE, sorteos de la Cruz Roja, en fin.

El juego privado, que comprende las máquinas recreativas con premio, tipo B, reconocidas oficialmente en 1992, generaba un equivalente a 1.879 millones de euros en 1998; hoy ascienden a 2.409. Los 22 casinos del año 1992, pasaron a 32 en el año 2003, Según la Comisión Nacional de Juego (CNJ). A esto hay que sumarle los puestos de venta de loterías, quinielas y cupones. “España entera se ha convertido en un casino, en un gran tapete verde”, como afirmó hace años J. Barrionuevo, entonces ministro de Interiores. ¿Cuánto se gasta en los juegos? En 1988, los españoles ‘confiaron’ al juego público, gestionado por el organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado, más de 22.419 millones, cifra global que ascendió a 23.761 en 1989 y llegó a 25.187 en el año 2000, siendo la Lotería Nacional el juego de azar favorito.

16.7.2. Individuales

La búsqueda de emociones placenteras, la evasión de las emociones dolorosas, el deseo de sensaciones que ayuden a salir de la monotonía diaria y que sustituyan aquello en lo que no se quiere pensar o no se quiere sentir. Todo esto va convirtiendo al sujeto en una personalidad solitaria y ensimismada, con escasa flexibilidad,

baja autoestima y tolerancia a la frustración, gran vulnerabilidad, deficiente control de límites, tendente a angustiarse, así como víctima de una grave labilidad a la hora de tomar ciertas determinaciones. La emoción que tanto fascina y complace a los jugadores, se parece mucho a la que experimentan en situaciones límite de pánico o alegría. Aparentemente, el afán de lucro, el deseo de obtener unos beneficios económicos liberadores y la pasión por el dinero se muestran las armas más poderosas para conseguir el éxito como valor. Este espíritu le hace creer al jugador que la fortuna ideal que puede adquirir jugando resolverá sus conflictos familiares, laborales, personales. Decimos aparentemente, ya que se han esgrimido muchas otras hipótesis, desde la debilidad de carácter o la eterna falta de voluntad a un deseo inconsciente de querer perder. “El placer del jugador no radica en el juego, está convencido de que puede racionalizar la causalidad, [...] la locura y total evasión de la realidad llega cuando cree haber descubierto el secreto para dominar el azar, [...] es decir, el jugador siente un placer ‘probabilístico’ [...] al vencer la razón de la necesidad. Es la intensidad del peligro lo que aumenta la violencia de su placer” Gurméndez, (1994). A continuación, exponemos los comentarios de algunos pacientes que reflejan su experiencia subjetiva con respecto a la adicción al juego.

“L., varón de 42 años, comentaba la necesidad de dejar de pensar. Pagaba por no pensar, cuando jugaba a la máquina era el único momento de vacío, de nada, un refugio, una vía de escape. Algo me pasa, tengo carencias y necesito ayuda, no puedo más.”

“A., varón de 35, años relataba que se alejaba de la máquina exhausto, agotado, tan obnubilado que se dejaba olvidado el dinero que había ganado en el cajetín. Un día me tocaron dos especiales y me lo volví a gastar; al día siguiente fui a pedir ayuda.”

“Lo califico de verdadera orgía. Como cuando conduces, y ha pasado una hora y estás en Venta de Baños sin darte cuenta de nada..., no piensas. Me autodenunciaba en los casinos, pero hay maneras de volver a entrar..., creo que realmente no jugaba por el dinero”, (Fernando Pérez del Río 2000).

¿Vencer al destino, vencer al azar, asumir el perder o ganarlo todo en una partida? “¿Es sorprendente que esas mujeres hayan tenido a menudo un padre alcohólico, que ellas temían y protegían al mismo tiempo? Estas mujeres volvían a encontrarse con sus parejas ante estas

actitudes protectoras, que habían experimentado frecuentemente en la infancia y la adolescencia, y sacaban de ellas satisfacciones ambiguas. El jugador abdica con rapidez de toda responsabilidad y se remite a una esposa-madre que le infantiliza”, Adès, Lejoyeux (2001).

“Se caracteriza por un comportamiento del juego desadaptado, recurrente y persistente”, Becoña (2000).

La ludopatía -jugar a cambio de algo- ha tenido numerosas definiciones, pero como ya hemos dicho, la más aceptada desde hace años es la de Lesieur (1984), que lo define como: “Aquella persona que fracasa progresiva y reiteradamente en su intento de resistir el impulso de jugar, aunque tal implicación en el juego le provoque problemas en su vida personal familiar y sociofamiliar”. Vemos la importancia y la gravedad de la ludopatía, por ejemplo, a la hora de dejar de jugar, ya que la mitad de los ludópatas padecen cefaleas, trastornos digestivos, insomnio, etcétera, y se da una muy elevada ideación suicida, el 75% piensa en suicidarse alguna vez y un 25% lo ha intentado. Propuestas como que el juego aparece como una lucha fingida para sublimar el sufrimiento o la posible manifestación de deseos camuflados de autodestrucción. Hipótesis que nos recuerdan al parricidio de Dostoievski descrito por Freud (1981): “Él sacaba de ello una satisfacción patológica”, para tapar su culpa inconsciente. Freud nos presenta una paradoja, pues al principio no es más que el *placer* de una conducta, como jugar unas monedas, pero con su repetición masiva este placer se convierte en algo perjudicial que llega a deteriorar gravemente a las personas, pero que, he aquí lo paradójico, sigue siendo un *placer*. Esta idea del placer será retomada por J. Lacan, y lo llamará el goce. Este autor también nos llevará a plantear multitud de preguntas, entre ellas: cuál es la carencia en lo simbólico de una persona adicta que le hace disparar lo imaginario. El psicoanálisis actual recomienda el análisis particular de cada caso con el fin de ayudar a elaborar al paciente el significado y la función que tiene su síntoma para él.

16.8. TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN.

¿Se cura la ludopatía?, ¿puede una persona salir de esta grave enfermedad?

“¿Qué hizo que Luis, una persona casada, con dos hijos, funcionario, dejara definitivamente el juego patológico, aceptando un tratamiento personal, grupal y familiar? No cabe duda de que su familia, pero sobre todo su mujer, ejerció en él una influencia muy grande, en especial cuando ella, un buen día, le planteó con toda firmeza la siguiente cuestión: o hacía un tratamiento o se separaba de él llevándose consigo a los hijos. Aquello fue decisivo. Después de más de diez años, lleva una vida normalizada y es una persona reconocida socialmente” (Isidoro Martín 2000). Hoy sabemos que la ludopatía, al igual que las demás adicciones, tiene curación si hay un adecuado tratamiento. El pronóstico a medio y largo plazo será mejor cuanto antes se diagnostique y la persona realice un eficaz programa individual y familiar. El cambio más significativo quizás pase por afirmar que hace 20 años se decía que, en un primer paso, el ludópata tenía que comprender que era un enfermo de por vida, un vicioso. Hoy se evita la estigmatización y el trato de eterno enfermo. Reconocer el problema es importante, pero la gran diferencia radica en que una persona puede tener un problema de ludopatía y que éste tiene fin. Y se ayuda a la persona para que no piense, sienta y se comporte toda su vida como un enfermo. “Naturalmente, cada mañana pensaba en el juego. Uno no se libra tan rápidamente del diablo. Pero un día me desperté sin pensar en él en absoluto”, Adès, Lejoyeux (2001). Son necesarios al menos varios años de evolución positiva para que un paciente se considere curado.

Hace 20 años el tratamiento de la ludopatía se abordaba mediante distintos métodos terapéuticos, y ya entonces se empezaba a poner énfasis en la familia, en su apoyo. Ya que la familia seguirá siendo en la mayoría de los casos el primer lugar de referencia para las personas, aunque esta vinculación de la familia al tratamiento se hace siempre y cuando el usuario quiera. Y ha sido positivo, pues la comprensión del conjunto familiar resulta importante para lograr la curación de estas personas. Hace 20 años se pensaba que la terapia de grupo lo ayudaría, por ejemplo, a darse cuenta de las cualidades positivas que trata de negarse, a sentir que no está solo, que otras personas padecen idénticos problemas, etc... La terapia de grupo continúa como proceso de rigurosa identificación. Pero existen varias formas de trabajar los grupos, y si la tendencia 20 años atrás era compartir las quejas en el grupo, considerado un lugar de desahogo, esto

ya no sucede por lo general y el grupo es más bien un lugar de elaboración, responsabilización y autoayuda.

Al igual que entonces la terapia individual pasaba por descubrir su síntoma e identificarlo para tener la guía de su tratamiento, después se empezó a tratar lo que procedía, que, generalmente, era la dependencia, el sentimiento de culpa, sus viejos conflictos aún sin resolver, que si no se analizan pueden precipitarse hacia otros tipos de adicción. Hasta los años 50 y 60 se impuso el modelo psicoanalítico; después el psicoanálisis ortodoxo dejó de tener peso y cobraron importancia, a partir de los años 60, las renovaciones llevadas a cabo por Miller, Lacan, etc., venidas sobre todo de Francia. Actualmente se ha impuesto un renovado modelo psicoanalítico. Las técnicas de modificación de conducta que empezaron a emplearse en los 60, se siguen utilizando 20 años después. Los auto-informes, los auto-registros, la desensibilización imaginada, los tratamientos aversivos, la adquisición de conductas psicológicamente sanas con el modelado, la exposición en vivo, que consiste en enfrentar al jugador con el juego, pero sin dejarle jugar (se lleva a los jugadores al lugar del juego y allí se les refuerza y apoya para que superen la atracción); estas técnicas, en algunos casos muy cuestionadas, están dejándose de utilizar, sobre todo los tratamientos aversivos. Reconocemos la importancia de técnicas que se siguen utilizando, como el control de estímulos.

Hace 20 años se puso de manifiesto la importancia de la educación del jugador en aquellas actitudes y valores, como la cordura, el equilibrio, la ecuanimidad, la fuerza de voluntad, la moderación, que le libran de la fiebre obsesiva ayudándolo de este modo a construir una personalidad auténtica. Hoy son muy escasos los centros que trabajan los valores (los laicos); el único valor que cuenta es el del dinero, ya que es un valor central en una persona ludópata.

En la época de los años 90 se dio un giro significativo, cobraron más importancia las terapias cognitivas, la reestructuración cognitiva bajo el lema: "El paciente no está enfermo, lo que ocurre es que piensa erróneamente". Tras esto, un nuevo y lógico giro unió a los cognitivistas con los conductuales, creando las terapias cognitivo-comportamentales TCC, que se basaban fundamentalmente en trabajos por bloques, donde el paciente tiene que seguir unos pasos determinados y estandarizados, poniendo énfasis en las habilidades de afrontamiento y las creencias irracionales que suelen tener relación en estos casos

con el prestigio, el dinero, etc. Hoy en día la Terapia Racional Emotiva (TRE) de A. Ellis ofrece una solución ajustada a estos pacientes a través de un tratamiento cognitivo que llega a lo emotivo y conductual, donde no sólo se trabajan sus ideas irracionales, sino también los sentimientos inadecuados y las conductas inapropiadas al mismo tiempo. La Entrevista Motivacional de Rollnick y Miller, a través de la escucha refleja, es un instrumento facilitador en el proceso de cambio de estas personas. La terapia integrativa de Leslie Greenberg, facilitando el trabajo emocional desde el darse cuenta de sus profundas emociones y sentimientos, la verbalización y la expresión de lo que quizás durante muchos años ha permanecido oculto, posibilita el cambio, de tal manera que la persona misma es capaz de reelaborar y reorganizar en su vida nuevas metas e intereses, y de integrar de forma positiva su complejo mundo emocional, consiguiendo, de esta manera, un comportamiento sano. Teniendo siempre en cuenta, claro, que en todo momento la recaída forma parte del proceso, según la teoría del cambio de Prochaska y DiClemente. También la experiencia nos dice que la logoterapia que trabaja los valores y el sentido de la vida con el paciente es otra de las terapias más útiles a la hora del tratamiento. Finalmente, como el problema no es sólo del paciente sino que forma parte de una estructura familiar, la terapia sistémica ayuda al paciente y a la familia a situarse en el lugar adecuado y a enfocar las vías de solución más correctas.

Los constructivistas Efran y Heffner (1987) afirman que: “Una persona sólo bebe demasiado en opción a otra persona”. Y con cierta guasa, Maturana y Varela (1998) dirán: “Una adicción es como algo que implica la repetición fácil de una solución que anteriormente le ha salvado el pellejo”. El constructivismo vuelve a recordar que hay que trabajar con los propios significados de la personas, su relación con el mundo, hay que trabajar con la narrativa de las personas y la lingüística. Conceptos renovadores que en la actualidad dan oxígeno a lo terapéutico, como co-construcciones o deconstrucciones de la realidad de la persona.

Concluimos, pues, que en la actualidad las tendencias vuelven a cambiar, retomando lo más útil del pasado y lo más vanguardista del presente. Se trabaja con la recaída, incluso con la recaída planificada. Vuelven las terapias centradas mayormente en lo particular y en la subjetividad de las personas, siempre dentro de un marco de trabajo

muy claro y delimitado, pero, a su vez, con mucha más flexibilidad. Se respeta más al paciente, sus necesidades, sin pretender que cumpla durante meses lo estratificado de un trabajo por bloques, se apela a su responsabilidad, se estimulan sus propios valores y se intenta que la elaboración e integración de los aspectos emocionales revele la importancia que en realidad tiene para las personas.

16.9. CONCLUSIONES 20 AÑOS DESPUÉS

Veinte años después la sociedad sigue necesitando más información sobre el riesgo del juego, la sociedad sabe qué es la ludopatía y tiene un cierto grado de concienciación, aunque continúa desconociendo su gravedad. Queda pendiente la localización del juego en salas específicas para ello. Veinte años después encontramos evaluaciones más precisas y nuevas escalas para evaluar y medir el juego, por ejemplo SOGS, *South Oaks gambling Screen*. Hace 20 años no existía apenas casi ningún tipo de información sobre los riesgos que conllevaba el juego, ni datos que pudieran hacer pensar que el juego fuera el causante de un trastorno psicológico, como es el juego patológico. Esta desinformación no sólo era patente en el público general sino también en personas directamente relacionadas con el juego y la clínica.

Hace varias décadas, a principios de los años ochenta, algunas personas comenzaron a fundar pequeñas asociaciones para poder recoger a las personas que se veían desbordadas por el problema del juego. Como decíamos anteriormente, existía un mayor desconocimiento. Por ejemplo, en 1978, Isidoro y el Dr. Romans creaban en Burgos la Asociación Burgalesa de Aburridos del Juego (ABAJ), en el Teléfono de la Esperanza, que desde entonces, junto a otras que se fueron creando en España, han sido referentes claros para la curación de muchas personas con ludopatía. Hoy por hoy casi todas las ciudades o capitales de provincia tienen una o varias asociaciones donde cualquiera que crea necesitarlo puede pedir ayuda. En España se funciona a base de decretos que dejan importantes lagunas normativas y un amplio margen para la trampa. “El Grupo Parlamentario Socialista ha presentado una proposición no de Ley en el Congreso, en la que propone la elaboración de un estudio en el que se reflejen ‘la incidencia,

prevalencia y evolución de la ludopatía en España', una patología que, según datos de la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), afecta a un 2% de la población". Es necesario que el Estado tome medidas eficaces que regulen y controlen el sector, empezando por la publicidad. Sobre todo el terreno de las tragaperras, que utilizan programas, intermitentes y de razón variable, de gran poder adictivo. Desde algunas entidades que explotan el juego se ha pedido al gobierno que dicte una ley marco que lo regule, de manera que sea más difícil el abuso y la estafa.

Veinte años después, la parte negativa es que cada vez hay más personas con problemas pero, sin duda alguna, la positiva es que hemos mejorado en todos los terrenos de la clínica.

17

¿HÁBITOS DE RIESGO O TRASTORNOS ADICTIVOS?: LOS ABUSOS

Encontramos en toda la literatura revisada hasta la fecha la existencia de una fuerte inclinación a considerar repetitiva, en la misma medida que lo es una adicción, cualquier tipo de actividad humana. Se trata de una inclinación que entronca con una fuerte tendencia a psicologizar la vida cotidiana. Esto nos lleva a considerar cuánto se ha sobredimensionado, desde los medios de comunicación y desde el campo de la clínica, el concepto mismo de adicción. La mayoría de los casos que expondremos a continuación pensamos que más bien se refieren al conjunto de conductas que llamamos “abusivas” o también “hábitos de riesgo”, aquellas que no suelen llegar a originar la desestructuración profunda de las personas. Muy al contrario, pueden considerarse favorables e incluso dignas de recomendación.

No es nuestra intención extendernos demasiado ni mucho menos confeccionar un diccionario interminable de abusos. Hablaremos tan sólo de los más frecuentes o de aquellos que merecen una consideración especial por su peculiaridad. Trataremos algunos trastornos que han sido erróneamente clasificados junto a las adicciones, como, por ejemplo, los trastornos de la alimentación que, aunque conlleven conductas repetitivas y presenten un cierto paralelismo con las adicciones, no consideramos acertado establecer dentro de la misma categoría. Sobredimensionar la repetición puede llevar fácilmente a malentender la psicopatología. Sin duda hay muchos trastornos que muestran como consecuencia la repetición, pero su clínica, su estructura, son dife-

rentes. Como ya comentamos anteriormente, hoy en día el concepto de estructuras tales como psicosis, histeria y perversión está en desuso y hemos dejado paso a los criterios del DSM IV, donde casi todo es un trastorno y donde un trastorno no es sino un conjunto de signos y síntomas. En este sentido es más fácil caer en el error de considerar que cualquier trastorno que adolezca de un síntoma “repetitivo” constituye una adicción.

Por ejemplo, no podemos afirmar que *exhibicionismo*, *fetichismo* y *masoquismo* sean trastornos adictivos por el solo motivo de evidenciar una conducta repetitiva. No obstante darse, en efecto, tal conducta, estamos hablando más bien de desviaciones sexuales, perversiones, parafilias o trastornos de la inclinación sexual. El objetivo en estos trastornos es lograr la excitación sexual, una excitación que no se consigue, en principio, sino conforme a la exigencia de cada uno de ellos, aunque en casos extremos podemos encontrar actuando las tres patologías simultáneamente.

Hablamos de una “adicción” cuando una persona está fuera de control, dominada por las emociones que hacen germinar los auto-obsesivos continuos. Bajo lemas recurrentes como: “cuídate”, “date un premio”, el sujeto sólo consigue crearse un mundo irreal en el que vivir sin poder evitar sufrir daños y donde las razones verdaderas de sus motivaciones y pulsiones suelen ser inconscientes. En la adicción, la persona desarrolla dependencia y tolerancia, una separación sutil que únicamente es cuestión de grado.

Los abusos, por su parte, son procesos más silenciosos y no conducen a un aislamiento tan manifiesto; la persona se va aislando paulatinamente pero no llega a desvincularse del todo, mantiene vivo el lazo con sus amigos y su trabajo. Son procesos más intermitentes y más discontinuos.

En todos los abusos encontramos que la persona siente frustración cuando no obtiene el objeto. Experimenta una suerte de tristeza al ser consciente de que está actuando de una forma un tanto irracional, poco coherente; sufre ambivalencias y se culpa por malgastarse a sí misma, siendo finalmente víctima de una gran incertidumbre en el sentido de interrogarse por su presente y más aún por su futuro, todo ello bajo un conocimiento superfluo de lo que en realidad le ocurre. Se trata de una forma de actuar impulsiva, dirigida hacia lo exterior, hacia las otras personas, situaciones o cosas, ya que es lo externo lo

que en un principio ofrece mayor control, un control del que suelen carecer este tipo de sujetos, y que se halla permeada de una fuerte negación. Un signo éste último que, como ocurría con las adicciones, sirve para desprenderse de algún hecho incómodo aparecido en un primer momento. Por ejemplo, se evita el abandono, se soslayan las emociones negativas, se eluden las responsabilidades, se sobrelleva el sentimiento de vacío o cualquier otro tipo de displacer. Encontramos además estilos o patrones disfuncionales que en la mayoría de los casos son aprendidos por transmisión de los padres o la educación en general e incluso pueden ser consecuencia de determinadas carencias debidas precisamente a esa educación deficiente. El origen del síntoma es, sin embargo, diferente según el individuo, ya que cada cual está regido por significantes subjetivos personales y la responsabilidad, al igual que en las adicciones, corresponde en último término a cada individuo.

17.1. COLECCIONAR

El grado diferencial se alcanza cuando el asunto cobra dimensiones de verdadera obsesión, ya que coleccionar no tiene nada de malo, incluso, en cierta medida, esta conducta suele gozar de consideración y cierto reconocimiento. El coleccionista patológico es monótono e insistente en su búsqueda. El hecho de acumular cosas se nos muestra como algo arcaico en las personas, una tendencia muy presente y profundamente arraigada en la vida del individuo y de la sociedad en su conjunto. El coleccionista es alguien que persistentemente dirigirá sus conductas hacia la procura de un objeto que parece siempre perdido, en espera de ser encontrado por alguien concreto, un objeto que será rastreado por todas partes, en todas las tiendas posibles. Estas personas manifiestan a todas luces una necesidad afectiva de control. Por lo general construyen un mundo un tanto irreal, imaginario si se quiere, calificado en ocasiones de inmaduro. Personas que se ven alimentadas por motivaciones tales como la satisfacción de haber hallado una pieza extraña, o la de, hallazgo tras hallazgo, lograr poseer una colección mayor a corto o largo plazo, una colección más rara o exquisita que dará gusto exhibirla y con la que fantasear de mil formas y maneras hasta acabar elaborando fantasías merecedoras de figurar en

la imaginación de un visionario. Dicha colección consigue a veces generar una sensación precisa de poder, poder vinculado, por ejemplo, a la valía y la estima propias. Cuando caen en la cuenta del excesivo control y la saturación que desarrollan y se relajan o decae su interés, suelen verbalizar tristeza y aburrimiento. Incluso falta de sentido cuando no están procurándose objetos o colecciones nuevas.

Esta obsesión puede ser interpretada como una relación con objetos que sutura la angustia de uno mismo y el vacío ante las dificultades derivadas del trato con los otros. Es decir, como una forma de regresión o fijación. “La fijación, en el desarrollo normal de la personalidad, facilita al sujeto descubrir que la nueva etapa a la que ha llegado le genera ansiedad, tendiendo por ello a quedarse ‘aferrado’, fijado en la fase precedente, que le resulta mucho más gratificante y menos conflictiva, lo que bloquea la maduración normal de la personalidad.” “La regresión es la vuelta a periodos anteriores del desarrollo, a comportamiento antiguos que eran más satisfactorios”, Vallejo-Nágera (1992). Será el caso de los que coleccionan juguetes o muñecas. “Suelen exhibir frecuentemente sus objetos y se juntan con personas que también tienen ese mismo interés. Es también el caso de los puristas, de los coleccionistas serios de muñecas *Barbies*, encendedores *Zippo*, etc. Hablan en los *chats* de internet, en cualquier sitio de estos temas. Generalmente incluso se ponen a la venta ediciones especiales para estos coleccionistas. Esta fijación es considerada como un punto intermedio entre el materialismo y la compulsión”, Schiffman y Leaslie (2001). El tipo de personalidad que más se aproxima al coleccionista es la de alguien obsesivo, anancástico, perfeccionista, meticuloso, ordenado, rígido y afectado de cierta pedantería, emocionalmente frío, falto de generosidad, y al que suele faltar empatía hacia los demás, resultando por otra parte ser un devoto del trabajo. Los demás deberán estar de acuerdo con sus ideas. Son moralistas y escrupulosos. Su nivel de comunicación tiende a ser escaso y pobre. A menudo caprichosos. Autores como Erich Fromm hablaron de la personalidad de tipo acumulativa, es decir, inclinada a guardar y acumular. Estas personas suelen tener necesidad de autoafirmación, necesidad que cubren con lo externo, con el objeto. Además son egocéntricas, persistentes, competitivas y admirablemente fieles a su objeto del deseo.

“La investigación para explorar la dinámica de la persona con fijación al consumo (en el caso específico de los coleccionistas de monedas) reveló que los consumidores de ese tipo no sólo manifiestan un involucramiento duradero en la categoría de objetos misma, sino que también están muy comprometidos con el proceso de adquisición del objeto (a lo cual se refieren a veces como la cacería)”, Ronald Thomas (1992).

En este sentido encontramos personas que hacen de un objeto concreto el centro de su vida, y otras que esparcen su obsesión sobre varios objetos o distintas colecciones. Es importante por eso el significado de los objetos, el tamaño de los mismos o la cantidad de ellos acumulada. Coleccionar las pegatinas que hay sobre las naranjas, (pegatinas que identifican la marca de la empresa que las comercializa), libros antiguos, llaveros, vitolas de cigarros puro, etcétera. Una vida dedicada a buscar, encontrar y, si es posible, comprar. Y después ir aumentando la colección, hasta no completarla jamás, con un objeto más o menos igual a los otros cien o cien mil que ya se tenían. Así pues, la colección es, en la inmensa mayoría de los casos, infinita, es decir que no se acaba nunca. Ocurre con frecuencia el cambiar de colección y empezar otra nueva, ya sea por aburrimiento o por pérdida de sentido de la anterior, o bien porque un buen día deja de tener valor para los otros e incluso para uno mismo. De modo que en muchas ocasiones emprender una colección distinta supone más que nada un esfuerzo por generar de nuevo suficientes dosis de tensión y satisfacción a un tiempo.

Hay coleccionistas que sienten verdadera veneración por algún objeto en cuestión: muñecas de trapo, orinales de latón, gomas de borrar, etc. “Algunas mujeres de clase excepcionalmente alta han hecho ostentación de su poder y riqueza mediante el tamaño de su colección de zapatos. En los últimos tiempos, Imelda Marcos, la ‘Mariposa de acero’ de Filipinas, fue un ejemplo llamativo, viajando siempre por el mundo para comprarse nuevos zapatos. Según dicen, poseía más de 3.000 pares que guardaba en cinco cuartos distintos en el palacio presidencial de Manila. Después de que su marido fuera derrocado, a ella se la acusó de ‘poner el deleite de sus pies’ por encima de las necesidades básicas de sus súbditos. Aún más exagerado fue el caso de la princesa Eugenia, esposa de Napoleón III, que se negaba a llevar cualquier par de zapatos más de una vez”, Desmond Morris (2005). Según Schiffman y Leaslie

(2001), son cuatro las características de las personas que acumulan materiales. “Primera, aprecian el poseer cosas, tener posesiones y exhibirlas. Segunda, son egoístas, egocéntricos. Tercera, procuran estilos de vida con gran abundancia de posesiones, desean tener muchas cosas. Y, cuarta y última, la multiplicidad de posesiones no les proporciona mayor satisfacción en la vida.” El derroche de tiempo que acarrea esta obsesión y el subsiguiente gasto económico, “por lo general” son relativos. Poseer el objeto tiene una relevancia importante, primordial en la mayoría de estos casos; tal posesión suele estar vinculada a la idea que se tiene de uno mismo. Por ejemplo, cuando de lo que se trata es de obtener caricias y halagos, se está intentando vincular el objeto a cosas menos tangibles pero sin duda más importantes, tales como al afecto. El concepto que uno tiene de sí mismo es paralelo a la capacidad de seguir obteniendo objetos y poseerlos. Para cada coleccionista, el obtener y el acumular tendrán un significado subjetivo diferente. La colección misma despierta distintas significaciones según la subjetividad coleccionista. Existe también un curioso síndrome que tiene que ver con la acumulación, el así llamado *síndrome de Diógenes*, referido a aquellos que acumulan en sus casas basuras o desechos recogidos de la calle. Este síndrome es más cercano a la psicosis (o a las llamadas psicosis ordinarias) y, por tanto, la conducta de acumulación no respondería en su caso exactamente a una adicción, pese a que una de las consecuencias de este cuadro de psicosis sea justamente la repetición. En alguna ocasión, los noticiarios han informado de casos de este tipo. Las personas, dicen, que se hallan presas de este síndrome acaban frecuentemente sufriendo incendios en su vivienda, los cuales vendrían a convertir en ceniza la falta de higiene, los malos olores y el extenso aislamiento en que se ha ido sumergiendo el inquilino. Suele tratarse de personas de mayor edad, las cuales, al vivir generalmente solas, terminan acumulando en sus casas, locales o furgonetas gran cantidad de objetos inservibles. Lo más común es guardar sin hacer distinciones todo tipo de objetos diferentes, aunque esto en realidad depende siempre de cada caso particular. Los hay que recolectan animales, almacenan ropa, atesoran bicicletas desahuciadas, se vuelcan febriles en un objeto muy concreto, pero lo más común es recoger de las basuras o de cualquier parte gran cantidad de cosas indistintas. En esta ceremonia interminable de la aglomeración terminan quedándose solas, si es que ya no lo estaban antes.

Conviene también señalar que a estos individuos les gusta todo lo que ven, le saben sacar una utilidad a cualquier objeto, todo les parece valioso de un modo u otro. Se ha querido ver en ello una especie de tentación, tal como para el alcohólico pueda serlo la bebida. Lo corriente es que la mayoría no tenga muy claro por qué lo hace. Arramblan con todo lo que pillan a su paso y lo meten en casa a toda costa. Para unos pocos, sin embargo, puede constituir toda una terapia. Cualquier objeto puede tener un valor y casi siempre, es cierto, se le acaba encontrando algún uso. Se da el caso también de aquellos que se obligan a sí mismos a quedarse en casa para de este modo evitar caer en la tentación de pescar más cosas. El saberse dueños de tanto tesoro les vuelve aprensivos y les despierta el miedo a ser robados (no hay que olvidar que todo lo que acumulan posee un cierto valor para ellos). En otras ocasiones sienten una gran tristeza al pensar en la posibilidad de desprenderse de las cosas, aunque no suele llegar a producirse nunca esa circunstancia.

Caso "A": Valladolid

He coleccionado cajetillas de tabaco, conchas, sellos, monedas, billetes de distintas épocas, agendas, tarjetas de crédito y de teléfono, mecheros, bolígrafos, calendarios, llaveros, miniaturas de todo tipo, etc. La colección más rara que he hecho es una de mechones de cabello.

Creo que es una obsesión, sin duda. Siempre estoy buscando una pieza, y a medida que pasa el tiempo voy añadiendo más detalles a la colección, incluso después me empiezan a gustar otros objetos diferentes y empiezo a procurar coleccionarlos. Me gusta ordenarlos de formas diversas, apuntarlos en listas, colocarlos de diferentes maneras, uno va buscando...

Me relajo moviendo los objetos, por ejemplo los posavasos: meto los posavasos en una caja y después los ordeno por nombres, por tamaño, por color, por el tipo de plástico, por el tipo de material, por ciudades, en fin. Después los vuelvo a desordenar y así me divierto. Me gusta tener las colecciones ordenadas, no expuestas, me gusta tener piezas, jugar con ellas, ordenarlas a mi manera pero nunca exponerlas.

Igual me pasaba con los sellos y con las monedas, aunque los sellos, claro está, tienen que estar protegidos. Cuando uno colecciona quiere más cosas de otro tipo. Cuando uno colecciona algo y en un mercadillo encuentra una pieza de su colección se obsesiona con tenerla (la desea). En cierto modo uno está siempre pendiente de la colección. Paso demasiado tiempo pendiente de ir a ver una cosa que me pierde, me encierro en la historia, prefiero ir al rastro que a cualquier otro sitio, no voy al cine, por ejemplo, ansío que llegue el domingo más que nada para ir al rastro, no controlo el dinero, lo gasto todo, sí siempre termino gastándome todo lo que llevo. Suelo hacer un presupuesto. El tener implica aumentar la colección. Recuerdo que me tuve que desprender de una colección en un periodo que tuve problemas económicos. Fue muy doloroso y más cuando la quieres mucho, es como quedarse huérfano, un coleccionista nunca se desprende de su colección. Me sentía culpable.

Buscar una pieza me crea tensión, buscar algo y no tener dinero y ver a otro que se lo lleva corriendo me fastidia mucho, cuando quiero algo lo tengo que conseguir, cuando veo una pieza catalogada en un libro no es lo mismo que si la veo al natural. Es como ir por la vida en un estado de alerta. Siempre que voy a una casa ajena me fijo en lo que hay en ella, a veces veo cosas y me gusta mirar las colecciones de otros, aprecio las colecciones de los otros. También hay algo que se debe tener en cuenta, y es que se necesita espacio para las colecciones.

(Fernando Pérez del Río, 2006)

17.2. LAS SECTAS

Las sectas tienen un fuerte contenido de dependencia emocional. Esta dependencia es muy similar al trastorno de personalidad por dependencia. Esta dependencia o “ceguera” patológica se puede dar en todo tipo de relaciones humanas, en parejas, en familias, etc., pero ahora nos detendremos en la dependencia emocional hacia un grupo.

Las personas tenemos una pulsión, una propensión a vincularnos. Casi diríamos, salvedades a parte, que es algo automático. En algunas ocasiones las personas oscilamos entre la postura de cuidador y la de ser cuidado. En este último caso la necesidad no es tanto hacia otra

persona en particular como hacia un grupo humano que se convertirá en el centro del particular universo nuestro.

Una nueva alienación, cuyo origen no es difícil de detectar en tantos sitios como personas, podría proceder de un patrón familiar muy dependiente o punitivo, y hasta podría darse el caso de iniciarse tras la ausencia de un padre, por ejemplo. Lo que sí sabemos con certeza es que detrás de toda alineación está el borramiento y detrás del borramiento, lo excesivo, la auto-anulación y, finalmente, el martirio.

Cuando somos niños dependemos de otras personas, aquellas que nos pueden dar o quitar la vida. Nuestro aprendizaje junto a ellas es algo esencial en nuestra vida. Buscaremos referencias en esas personas a las que estamos vinculados, procuraremos asumir inicialmente o durante toda la vida sus ideales. Otorgaremos el lugar del amo a determinados significantes -un espacio relevante para esas relaciones primordiales, para el deseo hacia el otro-, y luego cada uno aceptará el que mejor le convenga. Tomaremos creencias, pensamientos, reconoceremos insignias que después formarán parte de nosotros mismos. En la alineación hay un dejar de ser uno mismo y empezar a ser un poco otro. Los grupos sectarios llegan a anular la identidad de sus afiliados, y una de sus más notorias características es que no existe un final del supuesto proceso de crecimiento personal que en algunos casos se promete inicialmente. El final no es otro que permanecer en ese círculo cerrado. Voluntariamente uno se adhiere a la servidumbre, a la sumisión. Y tras la alienación aparecerá invariablemente el vacío. De esa creación inicial surge pues el borramiento. Las referencias pasarán a ser lo que iguala al grupo y asimismo lo que distancia o aparta de lo exterior bajo la creencia de que existe una sólida unidad, que se traduce en una necesidad de creer que el grupo formado se dirige hacia una misma dirección. La única decisión que ha de tomar el neófito es la de entrar y, a continuación, seguir al grupo y a su líder. Después de tomar esa decisión, tendrá lugar un lento y progresivo proceso de anulación, de fagocitación de la toma de decisiones por parte de la persona, y comenzará una pasividad en las decisiones que tengan que ver con su iniciativa y con su vida fuera del grupo. En cierto sentido es un proceso de regresión e identificación, como hace tiempo teorizó el psicoanálisis. “La identificación consiste en asimilar un aspecto o cualidad de otra persona, transformándose total o parcialmente según el modelo; en cierto sentido es una forma de

imitación que se realiza a veces conscientemente. Cuando es inconsciente, se trata de un auténtico mecanismo de defensa”, Vallejo-Nágera (1992).

La identificación con el grupo se convierte en la exclusiva tarjeta de presentación. Un modo de presentarse ante los demás. Una forma de modificar la presentación de uno mismo bajo la insignia de un equipo, un partido, asociación o lo que sea. Todo esto siempre a la sombra de figuras protectoras. Dentro del grupo habrá un ideólogo, o un grupo de ideólogos, que marcarán férreamente su modelo. Este líder, junto con su grupo de ideólogos, apelando de continuo a su razón y a sus grandes e enigmáticas intuiciones, incorporará una función de padre protector, aunque la dependencia no solamente será del grupo hacia el líder sino también del líder hacia sus militantes. Un sistema donde se comparten las emociones, donde se reparten los favores, y donde se puede incluso llegar a rozar la felicidad en algún momento, todo ello al precio de que tanto el individuo como el propio grupo se encaminen hacia un proceso de impermeabilización del mundo, de lo social, haciéndose el grupo sectario propietario exclusivo de determinados saberes o conocimientos. La búsqueda de un mundo idílico, el encuentro con el equilibrio, con la verdad, con la felicidad suprema. Tal es la meta a alcanzar.

“Las sectas son un síntoma social, y también una prueba de que una crisis de lo simbólico, que implica directamente las agencias de legitimación de la cultura, atraviesa todas las formaciones sociales, empezando por las que tienen una vocación a lo universal, como por ejemplo las iglesias, hasta las pequeñas unidades cuyo ejemplo más importante es seguramente la familia [...] Esto implica naturalmente un cambio en la propia definición de la secta: si en la época de Max Weber se podría decir que la secta es una parte extraída de un todo, una iglesia, por ejemplo. Debemos pensar ahora que una secta puede ser creada sin ninguna aspiración a tornarse universal. Ella puede estructurarse como una simple reunión de aquellos que se reconocen en el mismo significativo amo. Pero no un significativo amo ideal, como ocurre en los agrupamientos por el padre, sino más como un significativo amo que incluye el propio modo de vivir”, Romildo do Rêgo (2006). Una sociedad democrática, definida por la verdad parcializada, segmentada, propicia este tipo de grupos. Ciertamente encontramos nuevos grupos sectarios que afirman ser una secta por

el solo hecho de no creer en Dios. Incluso grupos que se vinculan a la “ciencia” y, al hacerlo, creen estar creando una nueva religión. La línea divisoria comienza cuando el grupo ejerce excesivo control y se distancia de lo social. El individuo acaba, por ejemplo, rompiendo su relación de pareja, termina adoptando nuevas posturas que sin duda harán nacer una gran preocupación en familiares y amigos. Todo ello bajo la ingenua intención de cambiar de personalidad, de mejorar y ser distinta persona, renaciendo dentro de otro grupo. Efectivamente, el grupo acompañará al sujeto en el cambio hacia la mejora. Introducirse para encontrar o reencontrar una identidad en una nueva persona, esa es la idea. La diferencia es que esa nueva persona no es autónoma para una sociedad sino que está diseñada para la vida en devoción al grupo, lo cual desemboca en la paradoja de perder en mayor o menor medida esa vida recién conquistada.

Organizaciones que utilizan a los niños coercitivamente y donde la responsabilidad se diluye. Organizaciones que obtienen pingües beneficios de las ventas o *marketing* de toda su parafernalia. En ocasiones, abandonar el propio trabajo forma parte del proceso, aunque antes, por lo general, es necesario haber aprendido todo un extenso vocabulario mezclado con todo tipo de símbolos e ideologías y desarrollado toda una suerte de habilidades. Haber demostrado que se pertenece de pleno derecho a alguna determinada organización, haber seguido toda una serie de pasos gradientes o distintos niveles, y haber entrado en otra serie de grupos más “elevados y selectos” dentro del gran grupo. Todo un sucesivo laberinto de honores.

De tal forma, podemos decir que cuando una persona se supedita a una secta hay un continuo desde la falta de identidad hasta el exceso de identidad. Pero toda marca, toda alienación deja su cicatriz. El proceso de recuperación de las personas que han sufrido los efectos de las sectas es un proceso inverso y suele ser lento, donde las identificaciones van cayendo como si fueran capas de una cebolla, se subsanan las cicatrices y a la par la persona construye lo que realmente desea. En la mayoría de los casos encontramos personas que han tenido problemas previos, que han sufrido otras dependencias; los drogodependientes son buenos candidatos, ya que una de las características de su proceso adictivo es la pérdida de la identidad y de los valores. En estos casos el ingreso se puede utilizar inicialmente como una escapatoria o válvula de escape.

Generalizando mucho, podríamos dividir en dos tipos las personas que forman una secta, bifurcación que también se puede observar en grupos de otro pelaje, como por ejemplo los nacionalistas. En primer lugar, el tipo conformado por el ideólogo-fanático que ostenta la función de oficial como intelectual del grupo; según afirma José Antonio Naranjo (2006), “aquel que ocupa el lugar vacío del padre muerto, y es capaz de arrastrar los más que posibles odios derivados de esa ocupación, ese tendrá la propiedad de fascinar.” Alguien que termina apreciando en demasía sus propias ideas. Racionaliza con rigidez y justifica el dolor o el sufrimiento con premisas irracionales y distorsionadas de la realidad, sobreponiendo al daño causado verdades más elevadas y abstractas; presenta en ocasiones perfiles psicopáticos, es desconfiado, frío emocionalmente y con rasgos paranoides. Dictamina las líneas a seguir por otras personas, los del segundo grupo, que son los inmaduros, personas más jóvenes, que suelen comenzar estos caminos en la adolescencia y juventud. Es frecuente que personas que han pertenecido a grupos nacionalistas violentos, al correr de los años se hagan más conscientes de las consecuencias de sus actos pasados y en momentos presentes caigan fácilmente en depresiones e intentos de suicidio.

Muchos de los fundadores de las sectas son personas delirantes. Es decir, en quienes el contenido de su delirio consiste en tener la certeza de haberles sido encomendados por Dios una alta e insoslayable tarea. Fácilmente podremos encontrar lo que se denomina *Folie a deux*, una especie de contagio de ése delirio. *Folie a deux* es una “circunstancia en la que dos personas relacionadas, habitualmente pertenecientes a la misma familia, comparten una ideación delirante”, Belloch, Sandín, Ramos (1995).

“La definición de consenso que surgió en la Conferencia de Wingspread sobre los grupos sectarios es como sigue: Grupo o movimiento de características totalitarias, presentado bajo la forma de asociación o grupo filosófico, cultural, o científico, comercial, terapéutico, político, religioso o de cualquier otra temática, que exige una absoluta devoción o dedicación de sus miembros a alguna persona o idea, mediante el uso de técnicas de manipulación, persuasión y control, con objeto de conseguir los objetivos del líder y del grupo (poder en cualquiera de sus formas), provocando en sus adeptos, la total dependencia del líder y/o grupo en detrimento de ellos mismos y de su entorno familiar y social”, Jansà, Cubero, Barranco (1995). En esta

dependencia de carácter emocional está en juego la necesaria necesidad de afiliación. La afiliación y el deseo de pertenencia tienen un fuerte contenido emocional; cuanto mayor sea la necesidad de esa afiliación más se vinculará a una actividad. El ser aceptado por los demás y el sentir una necesaria seguridad. Pero también debemos tener en cuenta otros factores que determinan con fuerza la afiliación: “El aislamiento social y el miedo, que aumentarían el deseo de la persona de afiliarse con los demás”, Schachter (1956). Parafraseando a los anteriores autores Jansà, Cubero y Barranco, citaremos determinadas alteraciones características de esta dependencia-trastorno. En primer lugar, el individuo se distancia de su realidad y suele mostrar rigidez afectiva frente a sus amigos y familiares; por el contrario muestra cariño exagerado a los miembros del grupo. Muestra un interés único por el grupo, por su estética, por su filosofía y en contra de esto un desinterés enorme por todo lo demás. Se evidencia una ausencia de razonamientos lógico y analítico. Ejemplo: casos en los que se suicida la gente en la creencia de que a continuación viajarán al cometa “Z”. Se dan cambios bruscos en el estado de ánimo. Cambios de carácter. Surge un sentimiento de superioridad hacia los demás. En algunas ocasiones sufren pérdida de peso, o pérdida de la menstruación en el caso de las mujeres. Se han descrito dificultades en la concentración y en el uso del lenguaje. En algunas sectas las consecuencias de los ritos violentos, prácticas sexuales, confesiones públicas y castigos son equiparables a la sintomatología que genera el haber padecido un trastorno de estrés postraumático.

17.3. RECORRER LAS CALLES

“Tendencia a efectuar largos recorridos a pie, generalmente sin rumbo determinado, como obedeciendo a un deseo irresistible de andar”, Higuera, Jiménez y López (1980).

Caso “B”: *Paciente de 37 años. León*

No sé, voy por ir, no se a dónde voy, como si debiera encontrar “algo” en algún sitio o en alguna persona. Pero no tengo ni idea de por qué lo hago, pero cuando me doy cuenta (...). Voy a toda prisa,

no sé a dónde. La cuestión es que voy a buscar algo. Simplemente voy yendo todo el rato sin sentido. Por ejemplo, veo carteles, anuncios y, mientras tanto, voy pensando en mis cosas, y al cabo de un buen rato uno de esos carteles, el nombre o el dibujo me vienen nuevamente a la cabeza. Me cuesta recordar dónde lo he visto. Dónde lo he leído antes. Camino deprisa sin saber a dónde. Pero... ¡si no voy a ningún lado!, me digo. Tiendo a ir por sitios diferentes, procurando orientarme. Las ciudades las conozco a toda velocidad. Después de la caminata, cuando ya estoy reventado, me doy cuenta de que estoy en la otra punta, a 15 o 20 kilómetros del centro, y que tengo que regresar. Este es uno de los mayores problemas. Regresar cuando ya estoy molido. No tengo una meta a donde ir, y, si la ciudad se termina, empiezo a caminar por el campo. Esto lo hago cuando no tengo nada que hacer, cuando tengo un tiempo en blanco. Siempre voy pensando en mis cosas, en mis preocupaciones, que suelen ser las mismas todo el rato. Al mismo tiempo intento solucionar esas preocupaciones, como si andando lo solucionara o retrasara de alguna forma, o como si fuera a ocurrir algo que me salvase. Hoy por hoy saldría a pasear con una meta para llegar a ella y regresar. Al principio me sentí un tanto ansioso de no poder caminar, de no moverme. Ahora ya no.

(Fernando Pérez del Río, 1999)

Una necesidad de salir a las calles a buscar algo. A buscar emociones. En la mayoría de los casos sin razón alguna. Se hace de forma repetitiva e insistente. Tener esta conducta es frecuente cuando inicialmente alguien se muda de ciudad. Pero estamos hablando de personas diferentes, personas que a pesar de conocer las calles gastan gran cantidad de tiempo y esfuerzo en recorrerlas una y otra vez. Van como a la deriva. Un aislamiento lleno de imaginaciones que se mezclan con diferentes estímulos externos como los escaparates, señales de tráfico, imágenes de todo tipo, otros transeúntes, hasta caer exhaustos como Sísifo con su roca auestas. Generalmente no llagan a encontrar esas emociones que buscan o imaginan. Por lo general son personas que en un principio pueden utilizar la caminata como evasión, como mecanismo de defensa. Se aburren con gran facilidad. Sujetos fantasiosos que suelen tener otro tipo de abusos o incluso otras adicciones. Esta actividad también es característica de personas

con una estructura psicótica: el sentido de la caminata en ellos estaría relacionado de alguna forma con el contenido de su delirio. También encontramos estos casos en personas con una fuerte estructura obsesiva. Javier Marías en su libro *Todas las almas* (1989), escribe: “Jamás expondrán su caso ni contarán una historia: desconocen la labia. Son casi áfonos. Son interjectivos. Hay en ellos, yo creo, un punto de pereza y un punto de orgullo, uno de aburrimiento y uno de fatalismo”, [...] “Durante aquellas cuatro interminables semanas de primavera intensifiqué mis vagabundeos por la ciudad en busca de libros raros, y esa intensificación no deseada, artificial y finalmente enfermiza trajo como consecuencia el auge de mi perturbación y de mi identidad brumosa.”

17.4. LA LECTURA

Qué mejor compañía que Boris Vian, Borges, Monterroso. ¿El deseo repetitivo e insistente de leer puede llevarnos a perder el control? Ésta es una actividad más que recomendable, y los beneficios de la lectura, nadie lo ignora, son innumerables, pero ciertamente puede ser utilizada por algunas personas como recurso para la evasión. Un hábito que se puede fácilmente transformar en una válvula de escape. En la mayoría de las ocasiones no existe conciencia de tener ningún problema, y si lo hubiere, no tiene que ver con la lectura; más bien el problema tiene que ver con lo que se pretende evitar. Como suele suceder en otros hábitos abusivos se pierde la noción del tiempo, uno se sumerge en el libro y deja de atender las cosas comunes de la vida. Han sido descritas en la literatura al respecto como personas con alta racionalización. Se da en ellas la aprosexia, distraibilidad y fatiga de la atención después de mantener la atención durante mucho tiempo; cometen más errores y su rendimiento es menor.

Caso "C". *Palencia*

Empecé leyendo todo lo que caía en mis manos, pronto me empecé a interesar por las primeras ediciones de los libros, comencé a apasionarme por la vida de los autores y a rodearme de gente que gustaba de la lectura, gente que escribía o se dedicaba a encuadernar

libros. Aunque a mi no me interesaba estar discutiendo una tarde entera si Balzac escribía bien o mal. No llegaba a esos extremos. Tenía la costumbre de dar paseos por las librerías, y de tanto querer leer un libro y no tener dinero, un buen día robé uno. En principio me excitó robarlo, pero no me interesaba el tenerlo sino el leerlo. En ocho o nueve años llegué a robar de 800 a 1000 libros en tres ciudades diferentes. No los quería coleccionar, quería leerlos para cuando vinieran las vacas flacas. Veía poco de lejos, de tanto leer, como le ocurre a la gente que está en la cárcel. Me aislaba, no trabajaba y dejé de estudiar, sin embargo me matriculaba cada año en una carrera diferente y la única visita que hacía a la facultad era para matricularme. Leía buenas historias, no obstante estaba en un mundo imaginario. Yo no llego a ser como Fernando Sánchez Dragó que, según tengo entendido, atesora 65.000 volúmenes -a él se los regalan- pero, aunque no llego a los treinta años, ya tengo 3.500 libros en casa, no sé que hacer con ellos. No caben en ningún sitio. Después me mudé a otro país y por una serie de circunstancias no pude leer. Una de las razones era que no entendía el idioma. Fue el mejor periodo de mi vida: adelgacé, empecé a pasear, hice amigos y dejé de robar libros. Me encontraba muy bien, hacía cosas, no sé, daba clases. No tenía mono. Sentía que ahora vivía yo la historia.

(Fernando Pérez del Río 2005)

17.5. EL DINERO Y LA FAMA

“La ambición patológica sobrepasa los límites de la normalidad, hay un afán desmedido de lograr más y más, generalmente poder, riqueza, dignidades o fama. Este deseo puede convertirse en una idea obsesiva que domine la vida del individuo condicionando su conducta general y su relación con los demás que se deteriora en mayor o menor plazo de tiempo. El que sufre esta ambición patológica plantea su vida en exclusiva según sus objetivos y el resto de las actividades y las personas quedan relegadas a un segundo plano”, Vallejo-Nágera (1992).

En nuestra cultura judeocristiana se asocia el ganar dinero con valores negativos, “es más fácil que un camello entre por el ojo de una aguja que un rico entre en el reino de los cielos...” Estos valores

han cambiando debido en gran parte a la asimilación de los valores anglosajones. Hoy casi es lo contrario. Una persona con dinero es vinculada a un mejor concepto de sí misma y se le atribuyen más habilidades personales. En el acervo cultural existen multitud de expresiones que ensalzan el dinero como uno de los principales ejes de la vida. El dinero vinculado al poder, a lo profesional y, sobre todo, a la posibilidad de una mayor felicidad. Una idea sobrevalorada que tiene connotaciones emocionales y que se mezcla con creencias y preocupaciones que en ocasiones llegan a dominar la vida cotidiana. En su modo excesivo, el dinero implica control sobre los otros, un deseo de poder, de influencia, de ser admirados y respetados, incluso de cuidar a los otros.

Por diferenciar de algún modo, existen distintos perfiles para el mismo hecho. Por ejemplo, encontramos a personas cuya vida se constituye y se determina con ese objetivo: ganar dinero. Personas que acumulan el dinero en todo tipo de cartillas, planes de ahorro, etc., son los denominados "*más ricos del cementerio*", llamados así porque después de arrastrar una vida de austeridad, el único lujo que les queda es el "poseer" la mejor tumba del cementerio, dejando obviamente que sean otros quienes disfruten lo ahorrado. Se trata por lo general de personas con una estructura obsesiva. Para Erich Fromm existiría una modalidad de personalidad que llamó "mercantil", este tipo de personas se relacionaría con los demás exclusivamente en función del partido que puede sacar, relaciones en busca de lo financiero. Bajo el esbozo de Erich Fromm se han descrito otras formas, como el carácter explotador o el vampiro. Personas centradas en ellos mismos, con un fuerte rasgo narcisista, que suelen hacer atribuciones egoístas de lo que hacen. Pero lo más característico es la utilización instrumental del otro. El otro sirve tanto en cuanto se puede sacar máximo partido de él. Sacar beneficio de los ilusionados a quienes fácilmente se les puede manejar para que hagan las tareas. Sacar beneficio de cualquier otro que lo empuje hacia lo que desea. Aunque pierdan amigos y compañeros en el viaje. Personas que utilizan diferentes juegos y seducciones para obtener cosas. Por supuesto, cuando el otro no le sirva, lenta y paulatinamente lo irá apartando y alejando de su entorno inmediato a la par que buscará a otras personas que les sustituyan. Siempre habrá alguien nuevo a quien poder dirigir.

El trastorno narcisista, ambicioso, competitivo, que valora lo material. Personas que muestran gran rivalidad, egoístas, suelen criticar a otras personas y hacer triangulaciones: critico a “X” cuando no está presente; le lisonjeo cuando sí lo está. No reconocen la envidia. Personas sujetas a la obediencia de sí mismas y que necesitan más control en lo externo.

También puede darse una obstinación por evitar el fracaso, postura ésta ya cercana a los postulados de Alfred Adler. El eje vertebrador de su vida es el dinero, que significará protección ante miedos irracionales e inseguridades. Compensará determinadas carencias o faltas. Compensará los sentimientos de inferioridad con metas cegadoras que en su determinación pueden rozar el perfeccionismo hasta la extenuación.

El sujeto obstinado por el dinero tendrá una sensación momentánea de placer, pero el refuerzo y la excitación del dinero son pasajeros y volverá a intentar ganar y acumular dinero en seguida. Esta secuencia le podrá llevar a diversas situaciones, como desatender su vida, la de su familia y la gente que lo rodea por la necesidad imperiosa de conseguir dinero. Dedicando su vida, su tiempo, su esfuerzo a ese único objetivo, perderá antiguas relaciones sociales y olvidará actividades que practicó en el pasado. Vivirá en permanentes desasosiego y tensión, y sobre todo padecerá una permanente insatisfacción, ya que siempre es poco lo que consigue y no es capaz de frenar su conducta. Esta situación genera a largo plazo culpabilidad y angustia, que en la mayoría de los casos se intenta combatir cayendo nuevamente en la conducta cegadora y repetitiva.

En cuanto al éxito y la fama, cobran importancia otros matices. Sin la mirada del otro, yo no existo. El placer de ser visto y contemplado. La búsqueda de la armonía fantásica de existir en tanto en cuanto lo conocen a uno. La sensación de poder. Un éxito inicial, un reconocimiento gratificante que se intenta repetir. La persona queda a merced de unos ideales, unos ideales que pasan por ser observado y reconocido por la mirada de los demás. En la actualidad cobra todavía más importancia el ser observado, incluso en lo privado, y esto es algo que está por encima del pudor, la intimidad de lo que se piensa o del propio cuerpo.

El esfuerzo de la persona, en un principio, pasa por mostrar su “ideal del yo”, subirse a la atalaya de su ideal donde exhibirse pro-

curando ser observado. En su versión desmedida, se obligará a realizar cualquier cosa para llegar a tal fin. Trabajaré hasta altas horas de la noche. Si es jefe, manipularé a sus trabajadores. Utilizaré el trabajo de los otros y antepondrá finalmente su nombre. Esto es corriente en gente que plagia. Medrará e inventará después una autobiografía diferente. Intentará toda una suerte de juegos, que oscilarán entre el carácter dictatorial y hacerse el víctima. Sobre todo cuando es descubierto en su juego, intentará a toda costa toda una serie de seducciones para lograr su finalidad. Más que por los comportamientos repetitivos, y aunque no tenga éxito en la vida, él tiene innumerables fantasías de éxito y poder. Creeré que lo envidian, se creeré especial, único, grandioso, incomparable. Descritos como superficiales y competitivas, son personas que buscan ser el centro de atención en cualquier momento y situación. Al igual que en lo referente al dinero, las verdaderas razones de esta conducta habría que buscarlas en el análisis personal de cada caso. Cada persona actúa de esta forma por razones diferentes. En algunos casos es una vía de escape, un modo de apaciguar la angustia. En otros, se valora la fuerza y se desprecia la debilidad. En otros aún, están regidos por el miedo al desamparo y a lo incontrolable.

17.6. MENTIR

La pregunta es: ¿Qué pretende conseguir la persona con la mentira? ¿Qué es lo que desea evitar? ¿Qué función tiene la mentira para la persona: confundir, engañar? ¿Qué? Por lo general, detrás de la mentira se esconde un fuerte sentimiento de miedo, miedo a ser descubierto y a que le puedan hacer a uno daño, por lo cual es mejor no ser nunca descubierto. Bajo la mentira, generalmente, se oculta un fuerte sentimiento de inseguridad.

Caso "D": *Benidorm. 36 años*

Miento para defenderme, cuando me hablan dos personas al mismo tiempo, cuando me acusan, en situaciones peliagudas me pongo muy nervioso, se me acelera el pulso y miento. Lo he necesitado para robar, para magnificar problemas, para dar una dimensión más grande

a cierto hecho de lo que realmente es, para que me aporte beneficios en mis necesidades. He manipulado de muchas formas y me he victimizado, y he mentido, sobre todo, a las mujeres. Como no afronto las cosas, me tengo que defender.

(Fernando Pérez del Río, 2000)

Según Alexandre Koyré, es “indiscutible que el hombre ha mentido siempre. Se ha engañado a sí mismo y a los demás. Ha mentido por su propio placer ‘por el placer de ejercer esa facultad tan sorprendente de decir “lo que no es”, y de crear, por medio de su palabra, un mundo en el que sólo él es responsable y autor.”

Vivir en un mundo de fantasía, hacerse cómplice de uno mismo. Como casi siempre, se encubren otros problemas, trastornos de personalidad límite, adicciones, pese a que se haya descrito como una autodefensa. La mentira, como en el asunto que hemos expuesto, en el 99% de los casos cumple una función, y su origen es, por lo general, una adicción, y la mentira tendrá como función salvaguardar la propia debilidad, obtener beneficios, compasión, reconocimiento, protección, buscar una atención exagerada.

En algunos casos, uno de los deseos de las personas que se ponen en tratamiento es dejar de mentir. Mentir para subsistir, que no para vivir. Deseos que aumentan cuando se interpreta lo que hay alrededor como amenazante, conflictivo o peligroso. Llegan a usar un lenguaje impresionista que cautiva fácilmente a sus interlocutores, pero adolecen de falta de autenticidad. Las personas mentirosas en sus secuencias de manipulación, saben que también pueden ser descubiertas y propiciarán fórmulas (en ocasiones inconscientes) afectivas de acercamiento y seducción hacia los otros que compensen el posible descubrimiento de su juego. Seducciones que varían desde la victimización hasta el elogio desmesurado del otro, y en algunos casos hasta la amenaza, pero en la gran mayoría de los casos evitarán el enfrentamiento directo por las fantasías y las mentiras; es decir, si se da el caso de sentirse descubiertos, lo que nunca admiten, enfocarán el conflicto hacia cualquier otro lugar, desviando la atención de lo que realmente está en juego, que suele ser su propia fragilidad. Encontramos la mentira en otros muchos formatos: personas que asumen el papel de enfermo imaginario, encontrando un fuerte beneficio cuando se instalan en la queja repetitiva de la enfermedad. Se inventan o exa-

geran los síntomas, e instalados en esa queja obtienen numerosos favores secundarios. Por ejemplo producir síntomas, signos, voluntariamente para obtener beneficios en peritajes. Suele tratarse de una necesidad patológica. En este sentido encontramos el *trastorno facticio*, que simula y adopta una postura de enfermo. “La característica esencial de este trastorno es la producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos, [...] la sintomatología puede ser inventada, autoinflingida, puede ser una exageración o exacerbación de un trastorno físico preexistente, o puede ser una combinación o variación de todas las anteriores”, DSM-IV. Existe también el denominado *síndrome de Münchhausen*, agotador para cualquier clínico. Una simulación sin fin de adscribirse a un rol de enfermo, pero sin saber por qué. Inventando historias imaginadas, fantaseadas, síntomas médicos cada vez mejor expresados para convencer al clínico, incluso fingiendo operaciones. El mejor método de diagnóstico no es una analítica o una batería de Test, sino trabajar en red, ponerse en contacto con otros hospitales, ya que seguramente el afectado ha visitado la mitad de los hospitales de la península.

17.7. LAS ACTIVIDADES DE RIESGO

Una de las explicaciones para las personas que continuamente requieren sensaciones intensas es la ya clásica de Zuckerman (1979): “La búsqueda de sensaciones, es un rasgo definido por la necesidad de sensaciones y experiencias variadas, nuevas y complejas y la voluntad de asumir riesgos físicos y sociales con tal de satisfacer esta necesidad.” “Cuando las cosas no varían, la persona susceptible al aburrimiento pronto se vuelve inquieta e intolerante con la situación”, Zuckerman (1978).

Buscan actividades que liberan tensiones dentro de contextos ritualizados. Padecen ansiedad previa a la actividad, anticipan, y finalmente obtienen el desahogo como canalización. Si esta conducta se refuerza, vemos cómo el sujeto tiende a repetirla y a procurar maneras de estimularse con nuevas experiencias, ya sean sensaciones o riesgos nuevos, hasta que encuentre su equilibrio. La práctica de deportes de riesgo se ha vinculado a estas personas, que suelen puntuar alto en la búsqueda de sensaciones. Se ponen a prueba, y sienten autorreali-

zarse bajo la obtención de un logro. Buscan reiteradamente los estímulos que les proporciona la estimulación necesaria. “Los individuos con alta necesidad de logros prefieren situaciones en las que pueden asumir responsabilidad personal por la búsqueda de soluciones”, McClelland (1962). Pero también “a esas personas les gusta las actividades que ofrecen la oportunidad de hacer autoevaluaciones”, Greenwald (1982). Como siempre, nos encontramos ante una situación donde el sujeto desea encontrar una emoción fuerte y, en esta ocasión concreta, rozando casi siempre el peligro. Esta sensación, una vez finalizada, crea un estado de relajación y al poco tiempo la necesidad de repetirlo. El sujeto cada vez se especializa más, se compra mejores cosas, mejor equipamiento, mapas de la zona. El perfil característico es el de hombres jóvenes.

17.8. VIAJAR

No se puede considerar una adicción. El viajar en sí mismo es una de las actividades más saludables y gratificantes que puede realizar una persona. El viaje en esencia es discontinuo, creativo, a través del cual uno se hace más flexible y los prejuicios se suelen desvanecer. Más bien, pese a que se pueda abusar de ella, sería una actividad que genera más beneficios que problemas. Existen muchas formas de viajar, desde la aventura del romanticismo encarnada en Lord Byron a peregrinaciones a lugares místicos y religiosos o despedidas de solteras inglesas que viajan a Benidorm, hasta llegar al turista de nuestra sociedad actual. Hoy, en cierto sentido, se ha convertido el ocio del viajar en un deber estructurado y programado. En una actividad asequible para cualquier persona, aunque también puede ser una actividad de la que se abuse como obsesión. Dentro del abuso, no tendría apenas consecuencias, salvo honrosas excepciones. Hay personas que lo utilizan como evasión. George Bernard Shaw, en *Pygmalion*, afirmaba que “la gran aventura de un hotel reside en que es un refugio frente a la casa familiar.” Lo más común son personas con estructura neurótica que se sujetan al impulso estimulante de viajar, personas que se encuentran incómodas frente al aburrimiento, al vacío u otra suerte de cuestiones a las que prefieren no enfrentarse. Utilizan el viaje como escapatoria. Querer ser a través del viaje, encaminarse a

encuentros deseables que no han establecido en su círculo cotidiano. La acción estimulante del viaje tendría su efecto en el caso de personas con una alta necesidad de estimulación. “La necesidad imperiosa de viajar o, más concretamente, peregrinar, se ha descrito como *síndrome de Stendhal* en honor a las descripciones de dicho autor sobre las reacciones psíquicas experimentadas durante los viajes a ciudades cargadas de arte y vivencias artísticas”, Sanz, Fuentes, De la Gándara (1999). También se han descrito curiosas reacciones como la *Fuga disociativa*, donde una persona, tras un viaje, no recuerda su identidad y asume una nueva. También encontraríamos personas que viajan por su motivación delirante. “En este caso, la conciencia vigil está plenamente conservada y el viaje no reviste características de impulsividad (es en cierto modo planeado, tiene alguna finalidad subjetiva y es decidido en coherencia con la temática delirante)”, Álvarez, Sauvagnat, Esteban (2004).

17.9. VIGOREXIA

Indudablemente, partimos de que el deporte es sumamente beneficioso, no sólo física sino también psicológicamente, pues se trabaja mucho la voluntad, se duerme mejor, etc. En este caso hablamos del culto al cuerpo, a la fuerza, a la belleza, a la apariencia exterior.

El cuerpo se puede convertir en un significante. Es lo que se conoce por “complejo de Adonis”. Puede derivar a una idea obsesiva inconsciente. Se ha considerado una variante masculina de los trastornos en la alimentación, ya que focaliza la obstinación en el cuerpo.

Por lo general, en las dependencias lo más frecuente es depender de algo externo, de un objeto, de otras personas, como en el trastorno por personalidad dependiente, pero en este caso no hay una necesidad aparente de otro, la pasión está dirigida hacia el propio cuerpo, algo que puede terminar asfixiando. Obsesión por unos fuertes bíceps, por desarrollar mayor velocidad. Vallejo-Nágera (1992) lo describe como “una sublimación, que es una forma de desplazamiento en la que la energía se desvía hacia un objeto que tiene unos valores ideales. De entrada, no tiene consecuencias patológicas, a no ser que sea excesiva o afecte a áreas fundamentales de la personalidad”. Lleva a entrenarse obstinadamente, pesarse cada dos por tres, gastarse un dineral

en complementos vitamínicos y suplementos nutricionales. Es más frecuente en los hombres, que les obliga no solo a pasarse el día en el gimnasio o hacerse un gimnasio paralelo en su propia casa en que colocar un gran cristal donde contemplarse como un Narciso de tres al cuarto, sino también, frecuentemente, a consumir determinados productos, tales como anabolizantes, esteroides, etcétera. Recordemos que ya en 1975 el Comité Olímpico Internacional (COI) prohibió los esteroides. Se está convirtiendo en una peligrosa moda que hace consumir sustancias a un 6% (encuesta realizada por la Comisión Europea) de los deportistas en Europa y a un 11% en USA, aunque sus efectos, a corto plazo, y según las personas que los consumen, sean buenos.

También lleva a falsificar recetas de *Winstrol*, *Dinabol*, *Primobolan*, e intentar obtenerlas por Internet, en el mercado negro. Como en otros abusos, se suele dar el desconocimiento y el distanciamiento de la familia. En cuanto a la salud, Esteban Gorostiaga, especialista del Instituto Navarro de Deporte y Juventud, pone sobre la mesa dos estudios internacionales que avalan la sospecha de que nos encontramos ante ‘bombas de relojería’. Uno de ellos ha sido elaborado con ratas, que tienen una estructura muscular similar a la de las personas. Los animales tratados con esteroides padecían una mortalidad muy superior en el último tercio de su vida. El segundo trabajo, “realizado entre fisiculturistas finlandeses, es más determinante: a partir de los cuarenta y cinco años su porcentaje de mortalidad era cuatro veces superior”.

Otras consecuencias serían la mayor agresividad e irritabilidad, trombosis, amenorrea en la mujeres, pero, sobre todo, el efecto más grave e inmediato es el deterioro del hígado. También se han descrito ideas suicidas, ataques cardiacos, reducción del esperma, presión arterial alta, largo etcétera. Como en otras dependencias, este trastorno escondería otros problemas psicológicos, como por ejemplo una obsesión que tapa u obtura otros problemas internos de la persona. El caso del dopaje tiene connotaciones diferentes y en principio se “justifica” por la alta presión a la que son sometidos los deportistas de élite. En 2004, durante la “Operación Gamma”, se detuvo a 126 personas en 100 gimnasios; la mayoría intermediarios en la venta de sustancias dopantes. Ilustres deportistas como Kaj Andersen, 1973, lanzador de disco danés; Ken Caminiti, 1996, el Jugador Más Valioso de la Liga Nacional de Beisbol de EEUU; Vladimir Kiseljov, 1980, campeón

olímpico de lanzamiento de peso; Janos Farago, húngaro, lanzador de disco; Ricky Bruch, discóbolo sueco; Lyle Alzado, jugador de fútbol americano; Birgit Dressel, 1987, una de las mejores atletas europeas de heptatlón, todos ellos, tuvieron, al parecer, problemas con esteroides y/o anabolizantes y todos ellos murieron jóvenes.

17.10. LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Sobre todo en los años 90, se ha tratado la anorexia y la bulimia en las mismas asociaciones donde se tratan adicciones. La razón, en un principio, se basa en que el tratamiento es parecido, la fenomenología ciertamente es similar, y tanto la anorexia como la bulimia como el trastorno por atracón tienen un síntoma claro de repetición.

Resistirse a comer es en lo único en que se piensa hora tras hora, en ocasiones como un rechazo del mundo. La sobreabundancia que se ofrece desde el exterior es rechazada, como si hubiese sido colmada de por vida, un deseo de nada, un deseo continuado de no ingerir comida. Un trastorno lleno de paradojas, en el que uno se siente ineficaz aunque, por ejemplo, se saque todos sobresalientes en la escuela. Encontramos una falta en lo simbólico, “hay cosas que no es capaz de simbolizar y esto dispara lo imaginario”, Domenico Cosenza (2005). En cuanto a la bulimia, sumamos la repetición continua del vómito, y por lo mismo se suele tener más conciencia del problema. También es cierto que la complicación comienza a una edad más avanzada que en el caso de las anoréxicas, y suelen pedir ayuda antes. El peso no es tan importante como en las anoréxicas, pero sí cobra más relevancia el ciclo de las comilonas y los vómitos o purgas. La manera de ser de las bulímicas es más espontánea, más expresiva. Las anoréxicas tienen menor expresividad y no reconocen el problema fácilmente, más bien suelen negarlo. Están obsesionadas únicamente con el peso, no les preocupa nada más.

Resumir las teorías actuales sería demasiado extenso y no creemos necesario hablar de este trastorno, ya que actualmente está bien documentado. El ayuno ha pasado de estar asociado a la religión, a la purificación del alma a ser tratado en la actualidad por la medicina y la psicología como una terapia para el bienestar y la salud. Por su antigüedad y perspicacia nos parece relevante al respecto la opinión

de Edward Jorden (1569-1632), quien ya destacaba que la causa podía hallarse en la asfixia de la madre. Como decíamos, ciertamente encontramos signos y síntomas parecidos a los de las personas adictas: aislamiento social, dificultades en la concentración y “puntúan peor en los cuestionarios de observación y concentración”, Fernando Pérez del Río (1999). Muestran irritabilidad, agresividad y con frecuencia consumen alcohol y estimulantes. Tienen conductas compulsivas, tales como hacer ejercicio, flexiones, correr, subir y bajar escaleras con una mochila llena de peso y abrigadas aunque sea verano. Llevan varios jerséis para sudar más y perder más peso. En la bulimia, la mentalidad depresiva tiene oscilaciones. Encontramos una alta inestabilidad emocional, de la sonrisa al llanto en un parpadeo. Manifiestan una alta ansiedad enfocada al peso, negando igualmente la enfermedad pero con menos intensidad, junto con una intensa lucha interna que se observa en un estancamiento evolutivo en la mayoría de las ocasiones en forma de rechazo al mundo adulto. En el área emocional, es destacable la culpa que surge tras los atracones que se entremezcla con ideas irracionales que tienen relación con el peso: “Si engordo un kilo, podré engordar 20”, “Se engorda en minutos”, etc. Conductas que, salvando las distancias, nos recuerdan a las personas adictas, incluso expresan parecidos temores, como el de perder el control. Pero, aunque se den secuencias repetitivas y encontremos muchos paralelismos con las adicciones, dista bastante de lo que consideramos una adicción. La obsesión por el peso llega a ser incontrolable, y logra tener una dimensión “fóbica”. No obstante, no encajaría plenamente en lo que entendemos por adicciones, donde la adicción en sí misma es el eje principal. Allí el eje principal es la distorsión perceptiva del propio cuerpo y, como consecuencia de ello, la repetición.

17.11. LOS FÁRMACOS

Aunque los fármacos sean una sustancia, hemos querido hacer un apunte sobre su utilización, pues opinamos que se ha producido un considerable aumento de las personas que consumen abusivamente los medicamentos. “Algunos medicamentos pueden provocar con su uso farmacológico una dependencia que en los casos graves llega a ser similar a una toxicomanía. [...] Los barbitúricos y otros hipnó-

ticos (por lo que es preciso tener gran prudencia con los medicamentos para el insomnio), y las aminas estimulantes”, Vallejo-Nágera (1992). Automedicarse como solución a lo que llamamos baja tolerancia a la frustración, a lo displacentero, para huir de lo disfuncional, situándose en un papel de víctima ante la institucionalización paternal de la sanidad. Acostumbrarse a los medicamentos pese a que se sepa que algunos de ellos puedan provocar tolerancia y, como consecuencia, el abuso y la dependencia, y alterar de diferentes formas el sistema nervioso. Estas personas utilizan muchas ideas irracionales para justificar tomarlas, con el tiempo no suelen reconocer el problema o se dan cuenta cuando ya no pueden pasar sin las pastillas. Proceso que termina pasando factura, no se puede escapar; proceso que termina por ser igualmente parasitario física y psicológicamente. Está en juego la autonomía del sujeto.

Una de las características más destacables de este abuso es la negación del problema, ya que, supuestamente, los afectados se están tratando con una medicación o un remedio. Un abuso más aceptado socialmente y más sutil en el sentido de que no se aísla de la sociedad, pues sigue el individuo con sus actividades y, al mismo tiempo, comienza un proceso lento y silencioso de autotratamiento, una especie de doble vida. Son personas que tienen baja tolerancia a la frustración y dificultad en su control emocional. En numerosas ocasiones viven en continua apariencia de que no pasa nada ante los otros, posponen sus decisiones, tienen sentimientos de vacío, o más bien se encuentran insatisfechas, rechazan ir a una terapia debido a diversos temores, y utilizan fuertes mecanismos de defensa, como la racionalización, para no tener que verse solicitando una terapia. De alguna forma saben que subsisten y prefieren vivir así antes de cuestionarse algo que ellos intuyen que es mucho más problemático.

Sólo con abrir el correo electrónico pueden encontrar ofertas de todo el mundo de estos medicamentos. “En España se estima que un millón y medio de personas abusan de los ansiolíticos [...]. El *Observatori de medicaments d'Abús* (OMA), creado por el *Colegi de Farmacèutics* de Barcelona, ha confirmado que crece el abuso de algunas medicinas o se hace de ellas un uso equivalente a las drogas”, Marta Ricart (2006). “Este organismo ha recibido en los últimos nueve meses cerca de 200 avisos de farmacéuticos que han atendido a clientes de los que sospecharon un uso lúdico y adictivo de productos comer-

cializados con fines curativos [...], por ejemplo el 22 % de estas recetas eran falsas”, Ángels Gallardo, (2006). Los medicamentos de los que más se abusa son estos: *Ketamina*, *Metilfenidato*, *Alprazolam*, *Codeína*, *Lormetazepam*, *Piracetam*, *Misoprostol*, *Diclofenaco*, etc. Son sustancias que se utilizan con fines estimulantes, alucinógenos, tranquilizantes, con fines lúdicos incluso.

Armas, drogas y salud parecen ser los negocios más rentables del planeta. El consumo de fármacos en EEUU es la cuarta causa de muerte. Podemos hablar de un “consumismo farmacológico”. Según Marcia Angel (2005), ex directora de la prestigiosa revista médica *The New England Journal of Medicine* (NEJM), actualmente el beneficio neto de las diez mayores corporaciones farmacéuticas es del 17% de las ventas, cuando las demás empresas incluidas en la lista Fortune 500 logran solamente un 3%. Una envidiable rentabilidad que en los años 90 todavía fue mayor; entre el 19% y el 25%.

Está apareciendo en nuestra sociedad lo que podríamos llamar un nuevo estilo de vida farmadicto, pretendiendo solucionar los problemas de la vida a golpe de píldora. Como si al negocio farmacéutico le interesara más atacar los síntomas que ir a las causas y origen que provoca. Se llaman medicamentos *lifestyle*, de estilo de vida, los que se consumen para soportar el sistema social actual. Claro está que no son nada baratos, y está previsto que aumenten su facturación el doble que el resto del sector farmacéutico hasta el 2010. En este sentido las ganancias son destinadas no a la Investigación y Desarrollo (I+D), sino mayoritariamente a la publicidad.

17.12. OTROS

Hace tiempo ya fuimos testigos de los artículos que salieron en el *New York Times* sobre las personas que abusan de las futurólogas, echadoras de cartas, el Tarot, sobre todo en el Estado de California en EE.UU. También se ha relacionado el abuso de determinados alimentos como el chocolate con los problemas afectivos. Alimentos como los frutos secos, lácteos, hidratos de carbono, generalmente no se consumen en grandes dosis pero sí en pequeñas dosis que, a lo largo del día, pueden constituir grandes dosis. “Las personas ‘enganchadas’ a los dulces suelen rechazar las proteínas y las grasas en su

dieta habitual, siendo las comidas principales del día escasas”, Martín, Sanz, Fuentes (1999). En principio la necesidad de comer determinados alimentos responde más a necesidades del organismo que a lo que entendemos por una adicción. En ocasiones se ha considerado un abuso que se produce por las propiedades estimulantes de algunos alimentos. Ciertamente, el chocolate es un tranquilizante, un “antidepresivo”, da sensación de placer, aporta energía, glucosa, genera sustancias estimulantes como la *feniletilamina* y la *teobromina* (es una sustancia similar a la cafeína), por lo cual es de suponer que esta sustancia se use tanto. Una persona depresiva podría buscarlo, una mujer con síndrome premenstrual también; los que se hallan en situaciones de cansancio o estrés. Todo ello en función de una necesidad de bienestar del organismo. Aunque en alguna ocasión se haya relacionado con problemas afectivos, nunca hemos encontrado un caso de adicción tal como nosotros lo entendemos, todo lo más un hábito, y en algún momento un abuso puntual que puede tener repercusiones leves pero insidiosas tales como acné, dolores de cabeza, y por ahí.

Furor por los *piercings*. Empezaron a florecer a finales del siglo XX. Hoy no es raro encontrarse a una persona perforada por innumerables lugares. “Algunas mujeres poseen unos pocos pares, pero otras llegan a ser adictas y tienen grandes cantidades, el record (según el Libro Guinness de los Récords) lo posee una americana de Pensylvania, con una colección de 17122 pares. Si se pusiera uno diferente cada día, tardaría casi medio siglo en usarlos todos”. Obsesión por la cirugía de los pechos. “Se calculó entonces que, antes del año 2002, más de un millón de mujeres americanas se habrían realzado los pechos mediante la cirugía. Ésta es una cifra asombrosa para cualquier clase de cirugía estética y revela la necesidad profundamente arraigada que tienen muchas mujeres de lanzar su señal femenina primitiva”, Desmond Morris (2005).

Y, para concluir, una pequeña duda: quién sabe si en alguna parte alguna persona no está padeciendo en este instante un “Trastorno Fúnebre a los Entierros”. Seguro que sí, y aunque nosotros no hemos tenido la oportunidad, por ahora, de tratar a ninguna, es posible que dentro de unos años nos veamos en la necesidad de reflexionar seriamente sobre nuestra broma inicial, ¿recuerdan?, encarnada en el inefable Nino, quien nos sirvió, y se lo agradecemos tanto, de excusa y ejemplo para explicar con mayor claridad la complejidad de las adicciones.

Como hemos mantenido a lo largo de todo el libro, y pese a que siempre existan innumerables matices, seguramente dentro de poco encontraremos alguna nueva moda a la que enfrentarnos, aunque en definitiva siempre hayamos estado hablando, y seguiremos sin duda haciéndolo por un tiempo, de los mismos “trastornos adictivos”.

Parte **IV**

TRATAMIENTO APLICADO DE LAS ADICCIONES

18

CÓMO TRATAR LAS ADICCIONES

18.1. EL CLÍNICO

¿Hasta qué punto el terapeuta experimenta las mismas emociones que el paciente demanda: miedos, pudor, enamoramiento, angustia, rabia? Antes o después, de una manera o de otra, esto emerge en la terapia. Es importante y necesario que el terapeuta conozca sus puntos ciegos para que no perjudique al paciente ni a sí mismo. Cuando un terapeuta no ha analizado sus propias pautas, con una alta probabilidad tendrá dificultades al acompañar el proceso de un paciente. Manejar adecuadamente la transferencia y la contratransferencia se nos antoja algo imprescindible en la terapia.

Como afirma el artista Tullio Pericoli (2005), “para hacer un retrato tengo que suspender temporalmente mi relación personal con el individuo que se va a retratar. Tengo que volver atrás, mirar el rostro de nuevo, como si fuese un mapa, y medir las distancias, las relaciones, los cruces, las dependencias de un signo respecto a otro. Tenemos prejuicios, preinformaciones sobre las personas, y siempre vamos a buscarlas en el rostro. Yo miro siempre un rostro con interés. Lo interrogo y espero una respuesta. Una respuesta que sin embargo temo, porque en ese momento estoy poniendo en juego también mi rostro”.

Con el tiempo, cada clínico elabora su estilo, sus maneras en las cuales se siente más cómodo frente al paciente. A continuación trataremos de forma resumida posturas relativamente consensuadas que

han ayudado a los profesionales y les ha facilitado el trabajo pero que no son las únicas y siempre son susceptibles de mejora.

Abordar los temas principales en el momento adecuado, sin adelantarse, sin ser pasivos y respetando el cambio es todo un reto y, al mismo tiempo, un arte. Forma parte esencial del encuadre terapéutico evitar el actuar como un terapeuta que se sitúa siempre en el lugar de padre quien, pese a sus “buenos consejos”, impedirá crecer al paciente. Evitar los mandatos o consejos del tipo *deberías*, etiquetar, *estigmatizar*, actuar con prejuicios o simplemente centrarse únicamente en el síntoma.

Es fundamental conocer las teorías, pero tampoco se trata de hacer de las teorías un corsé: hay que integrarlas. Sería adecuado para un clínico no perderse en el laberinto de las técnicas o los modelos. Conviene dirigirse a lo fundamental, atendiendo la demanda del paciente. Un terapeuta, cuando sigue protocolos establecidos, suele terminar su terapia en las sesiones predeterminadas, pero después suele encontrar dificultades en el sentido de sentirse perdido frente a las demandas vivenciales que le plantea el paciente.

Obviamente un terapeuta debe estar informado de las teorías, de la evaluación y diagnóstico para, entre otras cosas, poder delimitar si son problemas orgánicos y/o psicológicos, saber derivar y trabajar en red cuando sea preciso. Esto que parece tan evidente no se produce en la práctica con la frecuencia deseada. La edad y el sexo del terapeuta no son variables que afecten al tratamiento. Algunos pacientes, por ejemplo, los que tienen una personalidad límite o una estructura histérica, fácilmente intentarán poner a prueba al terapeuta. Así que es necesario crear un contexto clínico donde las normas estén muy claras y se imponga el respetarlas. El clínico deberá saber manejar los límites, ya que las personas adictas suelen tener fuertes problemas con dichos límites. En este sentido cobran especial importancia contener la ansiedad y la impulsividad del paciente y ubicar en el lugar adecuado la responsabilidad, todo ello desde la neutralidad terapéutica. La terapia como un puente entre el *impasse* evolutivo y lo que ocurrirá después. Un periodo, como afirmaba el artista Pericoli, donde uno emplea la neutralidad, lo que implica de algún modo distanciarse de sí mismo y ofrecer mayor libertad, todo ello sin caer en la pasividad ni en el llamado “*furor sanandi*”. Es decir, querer sanar a toda

costa lleva consigo un fuerte deterioro emocional del clínico y distorsiona el tratamiento.

Durante las sesiones se puede hacer de espejo del paciente, que lo ayude con su reflejo a comprender su actual situación y quizás le ofrezca el cambio necesario y le devuelva el control perdido, ya que, en la mayoría de los casos, se siente perdido. Un estilo que acepta y respeta a la persona. El terapeuta que trabaja con personas adictas se asemeja a un explorador que investiga la narrativa del paciente, mostrándose firme ante sus presiones, contradicciones y seducciones. La empatía, los lapsus y la escucha refleja servirán para leer entre líneas las pistas que va dejando y ayudarlo a encontrar alternativas nuevas a sus bloqueos y resistencias. No enjuiciar, ni culpabilizar, acompañar facilitando al paciente la responsabilidad de sus propios cambios.

Fomentar la autoafirmación de las personas, su pericia, acompañarlos hacia lugares donde puedan en un principio sentirse autorizados, todo ello con optimismo, ya que el optimismo del terapeuta es una de las posiciones que más agradece el paciente. Los terapeutas que trabajan con personas adictas, muestran en muchas ocasiones un sano optimismo, debido en parte a que dichas personas suelen ser til-dadas de casos perdidos por sus familias y la sociedad.

También mostrar acogida y empatía son actitudes fundamentales, lo que no quiere decir que el terapeuta no pueda diferir de las opiniones del paciente ni que tenga que estar siempre de acuerdo con él. En un principio, aunque la opinión sea dispar, se puede aceptar sin dificultad por parte del paciente. Tampoco quiere esto decir que no se puedan hacer sugerencias oportunas; el aspecto educativo también cobra más importancia cuanto mayor gravedad revista el caso.

Para la mayoría de los terapeutas es importante enfocar el problema en su justa medida, esto es, sin dramatizar, y a ser posible con un tono de voz adecuado. En ocasiones, más bien, habrá que desdramatizar, siempre en un marco de respeto hacia el paciente. Crear una apertura que atempere su fijación haciéndole devoluciones reafirmativas de las cosas buenas o de los pequeños avances conseguidos y, sobre todo, creando y devolviendo a un tiempo el sentido de lo que le ocurre, junto con resúmenes frecuentes de lo expresado secuencialmente. Esto hace que se sienta acogido y escuchado.

18.2. LOS EQUIPOS TERAPÉUTICOS

En cuanto a los equipos de profesionales que trabajan en el tratamiento de adicciones, con el tiempo encontramos pruebas de qué es lo que funciona mejor en ellos. “Los grupos que funcionan mejor se reúnen para compartir información, conocimientos, y potenciar las capacidades. Ahora bien, todo ello se centra en objetivos, que se recogen en acuerdos, en la reunión de las acciones que luego se convierten en tareas con un seguimiento determinado; este es el mejor antídoto contra la pérdida de tiempo y las discusiones. Las personas que trabajan en grupo son responsables únicamente de su propio trabajo, no del de los demás”, Katzenbech, Douglas (1993). La eficacia terapéutica en el tratamiento de las adicciones depende tanto de la experiencia y preparación del terapeuta particular como de la eficiencia del equipo de profesionales. Las mismas dificultades que pueda experimentar un terapeuta, las experimenta todo un grupo; es fácil identificar, tanto en unos como en otro, los mismos bloqueos y contagios. En primer lugar, lo que conviene detectar en los equipos que trabajan con adicciones son fundamentalmente aquellos mismos estilos y maneras de actuar de nuestros pacientes. Aunque no podamos aportar evidencias estadísticas, es algo muy comentado entre los profesionales que trabajamos con colectivos de personas adictas que los pacientes contagian a los clínicos, algo que se hace más evidente cuando dichos colectivos son más homogéneos. Carlos Xóchihua (2006) señala que “por la fuerza de la contratransferencia (considerando por supuesto que todo terapeuta tiene su propia historia que resolver) los sistemas terapéuticos tienden a reproducir los patrones que pretendían eliminar, es fundamental que se instituyan formas responsables en donde una fuerza contraria restablezca el orden. [...] Por ello, necesitan mantenerse como sistemas abiertos, en donde la nueva información pueda alimentar de manera productiva la postura clínica ante el paciente y sus familias”, Xóchihua (2006). Cuando una persona lleva tiempo trabajando en adicciones a veces no suele ser “consciente” de este hecho. Por ejemplo, cuando comienza a aislarse y a utilizar maneras agresivas que pueden terminar por traspasarse al resto de profesionales y finalmente por extenderse como una lacra. Este fenómeno de “identificación” con los pacientes habitualmente, a quienes antes llama la atención, es a los nuevos profesionales. En la

secuencia de deterioro de un grupo de profesionales que ya ha adquirido ciertas maneras agresivas, se suele suceder la cuestión del control por la crítica y, a su vez, la crítica agresiva tiene consecuencias tales como la desmotivación, dejar de ser proactivo, el retraimiento y el absentismo. Es decir, si un grupo de profesionales no se detiene y no hace explícitos estos hechos, terminará utilizando herramientas más drásticas y menos democráticas con el fin de frenar la escalada.

El equipo “sano” es aquel donde la crítica es constructiva y se reflexiona sobre la falta de límites y las causas que han llevado a ello, más que sobre la tarea de restablecerlos sin más. Fusionar un equipo es paralelo a la posibilidad de atribuir el lugar correcto de la responsabilidad de cada uno; fusionar un equipo supone ofrecer alternativas desde el respeto y la confianza, así como un compromiso común con unos objetivos. De tal manera la supervisión de casos, por lo general, mucho más frecuente en las instituciones privadas que en las públicas, es sumamente necesaria. Encontramos que las instituciones públicas utilizan más la burocracia como instrumento para reducir las tensiones. En la sociedad actual los límites están más difusos, ya no existen jerarquías rígidas y liderazgos, y son la burocracia y las normas los instrumentos que intentan rellenar esos huecos, esas brechas. Las voces más críticas señalan que la burocracia puede llegar a ser incluso agresiva, asfixiante en un mundo de plazos. Cuando hacemos una evaluación es conveniente preguntarse a quién se tranquiliza más, si a los terapeutas o a los usuarios. La evaluación es un instrumento que tiene sentido propio y que se debe ajustar a las necesidades tanto del centro como del paciente, evitando en lo posible la innecesaria burocracia. Pero tanto en lo público como en lo privado encontramos parecidas dificultades y contagios. Si, por ejemplo, el director del equipo tiene problemas con los límites personales o dificultades de trabajo en equipo, su tendencia será a evitar las reuniones, y el ejercicio de su liderazgo muy probablemente pasará por el aislamiento, por evitar cualquier sistema de gestión donde él esté implicado.

Trabajar en equipo significa ubicar entre todos correctamente la responsabilidad, detenerse a detectar el problema y dar con las soluciones más adecuadas. “No saturar de temas. Verificar también si las reuniones son necesarias”, Gustavo Piera (2006). Todo esto supone decisiones que necesitan más tiempo de elaboración, lo cual da como resultado decisiones más democráticas y acertadas, estableciendo unas

relaciones más sanas que facilitan el encontrar sentido más fácilmente. A veces encontramos que la fuerte presión de los usuarios suele generar miedos y frecuentemente ese miedo conlleva el relajamiento del encuadre y de los límites. El trabajo en quipo y la supervisión servirán no sólo para solucionar la tarea o reencuadrar los contextos para hacerlos más claros sino también para ayudar a los distintos responsables a ser conscientes de lo que sucede, ofreciéndoles para ello una visión externa, lo que reducirá considerablemente los posibles errores y ayudará a los profesionales a elaborar sus propias estrategias de actuación.

18.3. EL PROCESO TERAPÉUTICO

Las personas que sufren una adicción presentan una desestructuración más o menos grave en casi todas las áreas de la personalidad, sienten un gran vacío y culpabilidad por lo que han hecho y están marcadas por una biografía conflictiva y dolorosa en unos casos y, en otros, por la sobreprotección y el antojo e incluso por un simple mal período en la vida, en el se quedaron bloqueados cierto tiempo. Por lo general muestran una inestabilidad emocional que puede ir desde la timidez que se evidencia cuando no hay respuestas a las preguntas hasta la teatralidad cuando vivencian ciertas situaciones de una forma desmesuradamente exagerada. La desvinculación de la sociedad, el aislamiento y la soledad son conductas evidentes desde los primeros momentos. Un reto que la persona adicta observa con miedo e inseguridad es volver a plantearse cómo relacionarse con los demás, cómo iniciar nuevos vínculos

Se pueden dar diferentes formas de actuar, ya que el trabajo terapéutico tendrá diferentes matices dependiendo del colectivo a que se trate. Así, los adictos a los psicoestimulantes tienen maneras bien diferentes de los ludópatas. En cada caso es diferente. ¿Qué es lo que hace que una persona adicta pida tratamiento? ¿Cuándo llega ese momento? Generalmente no dan el paso hasta que no han tocado fondo, y entendemos por tocar fondo cuando su vida se ha deteriorado y degradado considerablemente. Muchas veces son los familiares más cercanos los que fuerzan la situación obligándoles a buscar tratamiento tras haber pasado muchos años bajo el entramado de “siempre

ha sido así, ya nos habíamos acostumbrado, ya lo hemos intentado todo, no sabemos qué hacer”. Pese a vivir en la sociedad de la información, o quizá precisamente debido a ello, las personas reciben informaciones confusas sobre los tipos de centros para drogodependientes. En este sentido es tranquilizador y en gran medida necesario que en el primer encuentro se informe al paciente de cómo funciona el centro y qué es lo que se hace.

Las personas angustiadas y presionadas por su entorno suelen demandar recomendaciones rápidas y soluciones mágicas que por ahora no existen. En su lugar obtienen información y conocimiento a muchos niveles que ayudan a desplazar la inseguridad en la que están sumergidos.

A la hora de llevar a cabo un tratamiento, podemos tener en cuenta la teoría del cambio elaborada por Prochaska y DiClemente (1982). Estos autores han dado muestra de una aguda perspicacia al explicar cómo cambiamos las personas, señalando cinco diferentes etapas de ese cambio: "precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento". Esta novedosa visión del cambio ha constituido una importante y valiosa aportación teórica en los tratamientos de las adicciones y la terapia en general. Cuando una persona está en la etapa de precontemplación, no irá a demandar ningún tipo de tratamiento. Intuyen que algo no funciona pero no desean cambiar o todavía no han tocado fondo. En muchas ocasiones son idénticas las llamadas de familiares que nos preguntan qué hacer con un familiar o un amigo que está en un proceso de adicción sin que él no reconozca estarlo. Si existen presiones para realizar un tratamiento, éstas se originan desde fuera del paciente, ya sea por las presiones de la familia, por cumplimiento de una sentencia judicial o la posible pérdida del trabajo. Estas personas utilizan muchas ideas irracionales para justificar lo que hacen, no dan demasiada importancia a su situación o a lo que les ocurre y aceptan el tratamiento siempre y cuando la presión tenga una causa judicial o reciban una amenaza familiar del tipo que su pareja decida separarse si no hace un tratamiento. El clínico deberá estar atento y ayudar a cambiar esa motivación externa por una interna. Tendrá que valorar todos los aspectos, los apoyos económicos, la familia, caso de que sea de otra ciudad, etc.

Existen dos grandes líneas de actuación: la médica biológica de corte mecanicista y la terapia que profundiza en las relaciones humanas, enfatizando las relaciones afectivas entre las personas. Como comentábamos al inicio, es conveniente no centrarse demasiado en el síntoma, la adicción en este caso, y dirigir las preguntas hacia otras esferas o áreas; preguntar, por ejemplo, a la persona sobre cómo son las relaciones en la actualidad, si ha sufrido una separación, en fin. El paciente podrá narrar brevemente su estilo de vida, con la finalidad de que pueda empezar a entender su sufrimiento, a entender que la adicción es la consecuencia de un problema previo. Una persona puede darse cuenta que empezó su conducta abusiva a raíz de la muerte de un hijo u otro acontecimiento que ha vivenciado como traumático.

Asimismo, debemos señalar que en determinados casos, cuando el paciente está muy bloqueado en la espiral de la compulsión, es conveniente utilizar técnicas de evitación de estímulos o pequeños planes conductuales para frenar la escalada, según el criterio del terapeuta. Igualmente, al comienzo de la terapia, podemos utilizar técnicas conductuales como los incentivos. Las técnicas de relajación también resultan útiles para manejar la ansiedad. Pero lo más importante es escuchar dando sentido, lo que entendemos por acompañar.

Al inicio es conveniente preguntar sobre sus expectativas con respecto al tratamiento, ya que en numerosas ocasiones suelen ser muy elevadas o excesivamente bajas. Preguntar sobre las ideas que tiene, sobre lo que piensa que va a ocurrir en la terapia, qué es lo que desea cambiar. Esto es doblemente importante, ya que, por un lado, es fundamental que el paciente tenga una mínima idea de a dónde quiere llegar, y, por el otro, sirve para evaluar los métodos del centro.

Evitar que el paciente se ponga objetivos tampoco es baladí. Ni demasiado básicos ni inalcanzables. Si son demasiado altos es posible que no los cumpla; si son demasiado bajos, puede aburrirse y desmotivarse. Es frecuente que un terapeuta inspirado tienda a psicologizar al paciente en las primeras sesiones, cuando por lo general en los albores del incipiente tratamiento se trata fundamentalmente de escuchar, acoger y crear directrices muy sencillas.

En el caso de adicciones donde la intensidad de la impulsividad es elevada, es conveniente establecer metas pequeñas, estar seguros de que las pueda cumplir, para que así poco a poco vaya generando control, vaya percibiendo pequeños cambios por sí mismo, y, a la par,

es conveniente hablar de la frustración directamente, ya que es frecuente encontrarnos a pacientes con baja tolerancia a cualquier pequeño infortunio que fácilmente les puede llevar al abandono del tratamiento. Paso a paso habrá que ir lidiando con lo que nos va contando, a ser posible echando mano tanto de toda la inteligencia que nos sea dada como de una cierta y cálida vocación de cercanía.

Si el paciente comienza a ser más consciente de lo que le ocurre, de que sufre un problema que tiene que ver con otras cuestiones y cada día piensa más en superarlo, estamos en la fase de contemplación, esto quiere decir que su grado de compromiso es un poco más alto. Se muestra ambivalente, aunque sigue viendo los beneficios del cambio; todavía la rutinaria vida de adicción está muy presente. En el fondo puede esconder demasiado miedo. Miedo a enfrentarse a todo lo que no se ha enfrentado hasta entonces, miedo a volver a lugares o situaciones que hace tiempo que abandonó. En la mayoría de los casos expresan tener miedo, pero no saben a qué concretamente.

Podemos encontrar a personas que por el miedo a no ser aceptadas terminan por aceptar cualquier cosa y cualquier situación, y esto conlleva a que terminen dependiendo más y más de lo que digan y hagan otras personas. A causa del miedo se pueden desarrollar estilos que pasan por intentar simpatizar o cautivar a los demás, lo que obliga a estar pendiente continuamente de los otros y a enfocar las energías y actos hacia la búsqueda de las acciones de los demás y no hacia las de uno mismo, con lo cual las consecuencias habituales son un mayor desconocimiento de uno mismo y la fatiga de tener que hallar en los demás una dirección a la propia vida.

Muchas personas lo han intentado por su cuenta y han fracasado. En este sentido se perciben inseguros, aislados, ensimismados, todavía no se sienten al cien por cien en la decisión de pasar a la acción, de cambiar su vida. La clave de este periodo es trabajar la ambivalencia, las dudas, manejando adecuadamente las discrepancias y las resistencias. Trabajar sus incipientes intereses. Es una gran oportunidad para trabajar el problema y empezar a iniciar el cambio. Es un periodo en donde hay que analizar la situación, ver los pros y los contras del cambio, sus ventajas e inconvenientes e ir ayudando al paciente en la toma de decisiones. Cuando el paciente se encuentra contemplativo, es en este momento cuando realmente demanda tratamiento. Al principio muestra una elevada ansiedad y numerosos síntomas depre-

sivos. Aunque cada persona es diferente, el tener las ideas confusas es algo muy habitual. Deberá empezar a conocerse, a entender lo ocurrido. El tratamiento pasará por aprender sobre sí mismo, pero también sobre los otros: pareja, amigos. “¿Por qué no se lo dije a nadie?” El paciente empezará, con la ayuda del terapeuta, a expresar cómo se siente. Empezará a analizar situaciones y a no centrar la terapia exclusivamente en la preocupación por la adicción.

El proceso de una persona que ha sido adicta está marcado en muchas ocasiones por el silencio, la sumisión y la confusión. Podemos encontrar fácilmente familias disfuncionales que tienden a evitar el conflicto y a dejar las cosas como están en un eterno *impasse*. En cuanto al padre, y generalizando mucho, podemos encontrar aún figuras autoritarias, pero lo más habitual es la ausencia. Padres desorientados en su importante labor, que dudan a la hora de hacer lo conveniente. En muchas ocasiones hay fuertes contradicciones entre el padre que castiga y la madre que protege por detrás o viceversa.

Es frecuente que se retracten, desliguen, oculten informaciones y pongan excusas variopintas para evitar los encuentros; suelen argumentar que están cansados. Ante el conflicto familiar, el portador del síntoma, “la persona adicta”, es víctima y responsable. Pese a que todos sientan que algo no funciona y que hay problemas que se coaligan en torno a la estabilidad disfuncional frente a la nueva incertidumbre, sobre todo si son familias con escasa comunicación, sumisas o sin recursos.

Encontramos familias que prefieren mantener secretos, por ejemplo “el alcoholismo del abuelo”, por el recelo o la vergüenza al qué dirán. Todos estos silencios solapados generan confusión y se acaba por no saber qué hacer, ni cómo situarse ante el problema, ni qué decir, por no poder controlar los acontecimientos. El silencio y la bronca se esbozan como lo más común.

Como en el cuento de Pulgarcito, habrá que ir dejando migas de pan que luego nos permitan seguir el rastro dejado para llegar a descifrar su presente. Habrá que considerar qué ha tenido que inventar para sobrevivir, “no para vivir”; qué significados y estilos ha tenido que construir, qué es lo que les ha protegido, qué conductas ha realizado y bajo qué ideas se ha forjado su talante. En un alto porcentaje, el refugio han sido las adicciones, óptimas para no sentir ni pensar, aunque sólo sea durante el rato que están ausentes en pre-

sencia del objeto o la sustancia. Es más sencillo no sentir que sentir dolor o culpa. En un mundo donde el paciente no controla nada o no vivencia el tener control, se aprende a que se puede controlar el beber, el comprar, el estar ensimismado delante de una pantalla, a que es posible controlar algo.

Tras la fase de contemplación marcada por las ambivalencias y las discrepancias frente a la toma de decisiones surgen la preparación para la acción y la acción en sí, es decir las dos etapas siguientes del cambio en que se toman las decisiones y se llevan a efecto. Dicho movimiento origina un pequeño e incipiente control sobre la situación, aunque los cambios sean mínimos, y esto por sí solo reduce la conducta adictiva. El simple hecho de que una persona se plantee como pequeño objetivo ir a las entrevistas, puntualmente ya es un éxito.

Podrá hablar del desamparo, de la soledad que siente en su vida, de la culpa, de la angustia. Podrá darse cuenta que desprecia su vida, que no siente aprecio o amor, o que está confuso en las relaciones. Pronto buscará nuevos apoyos, nuevos modelos, nuevas metas con mayor o menor suerte.

Insistimos en que cualquier adicción conlleva aislamiento y soledad. Y si se dan relaciones humanas, éstas estarán deterioradas e instrumentalizadas. Con frecuencia encontramos personas que desarrollan adicciones por no soportar la soledad, el miedo a la separación, a la pérdida, abandonos reales o imaginarios. Esto les genera profunda angustia. No soportan la mínima frustración o contrariedad y terminan haciéndose un bunker en su casa, en sí mismos, y mostrándose como ausentes. Finalmente, el sano inconformismo llega a declinar, pos-trándose ante el silencio y la vergüenza de la situación; el espíritu crítico desiste de la huida repetida o la sumisión, que suele ser más frecuente. Sumisión y “adaptación a la situación” que dejarán huella, ya que se genera un profundo estado de indefensión. Haga lo que haga el individuo, la situación se repite. Como si de una interminable partida de ajedrez se tratara, la persona irá poniendo excusas como defensas de su situación y percibirá el mundo como injusto, abusivo, intimidatorio, o lo que es más frecuente, se echará todas las culpas a sí mismo, recomenzando así un largo viaje hacia la pasiva victimización, que lo aleja cada vez más de lo activo y de la responsabilidad. A veces el paciente es quien intimida y coacciona, moviendo

su pieza en la partida, manipulando permanentemente y buscando nuevas formas de presionar. Pasar de víctimas a acosadores o mantener las dos posturas simultáneamente, es algo habitual entre las personas adictas.

Que poco a poco se de cuenta de su realidad, que vaya tomando el pulso de su vida con mayor conciencia. De esta forma entra de lleno en una etapa mas activa y comprometida. La acción supone alcanzar la abstinencia e ir modificando todos los pensamientos y comportamientos. Es una etapa que requiere esfuerzo, constancia, compromiso y determinación en la construcción de lo que realmente desea.

En esta etapa es importante que vaya consiguiendo cosas que realmente quiere, que disfrute de su nueva vida aún incipiente, que descubra otra forma diferente de dirigir su pulsión. La abstinencia es necesaria y requisito importante. Se impone una lucidez mínima para ir profundizando en una serie de cosas, tales como qué función cumple el síntoma, para qué ha utilizado la adicción, cómo se quiere relacionar con las personas etc.

La confianza sincera y clara es otra columna que sustenta la relación y el vínculo terapéutico. Sin ella no hay cambio, que incluye la confianza que el paciente no ha encontrado o al menos no ha sentido a lo largo de su vida o en estos últimos años de sufrir el problema. Es necesario ayudar a la persona a desarrollar recursos y habilidades relacionales y sociales, fomentar y apoyar los valores que tiene, reforzar sus pequeños avances, construir algo nuevo antes de entrar en la “nada”, en el dolor, antes de enfrentarse a las crisis posteriores. Construir y que la persona vaya viendo sus avances a lo largo de todo el proceso. Es sumamente importante que empiece a sentirse competente, aunque sea en pequeños detalles, ya que además de prevenir el riesgo de recaída o de suicidio, crea un espacio para la toma de conciencia de su responsabilidad en todo lo que ha ocurrido, de sus derechos y obligaciones que él mismo se va marcando. Un marco donde empieza a tomar el mando de su vida, o, como diría E. Berne, “a darse los permisos”; a aprender a proteger por sí mismo su vida y a diferenciar lo que necesita de lo que desea.

Si la problemática es grave en algunas ocasiones, las personas suelen expresarlo al principio, en las entrevistas o sesiones individuales. Pero lo más frecuente es que lo evidencien más tarde.

En el caso de una persona que haya sufrido delicados conflictos previos a la adicción, debemos abordar en un primer momento el tema de la adicción, ya que si no se resuelve impedirá el desarrollo de cualquier trabajo terapéutico posterior.

En algunos casos es frecuente encontrarnos con casos que en la primera entrevista cuentan casi todo lo relevante y posteriormente evitan volver a tratar esos temas importantes hasta pasado un tiempo, cuando han encontrado seguridad en el grupo, pero sobre todo en el clínico. Otros necesitarán más tiempo y otros aún esperarán hasta el último momento para contar lo más relevante. El terapeuta debe saber esperar, en ocasiones incluso “saber no hacer nada”, y mientras tanto ir tratando otros temas menores, seguir el proceso de forma gradual y coherente. Pero también debe intuir cuándo es el momento en el cual el paciente está preparado para tratar asuntos más delicados.

El que vaya construyendo lo que realmente desea irá generando en él más autoconfianza. Qué quiero y qué voy a hacer, son preguntas muy sencillas pero a la vez muy importantes.

Como decíamos al principio, el terapeuta debe estar preparado emocionalmente, debe manejar adecuadamente diferentes habilidades relacionales como la firmeza, el respeto, la comprensión, el apoyo reforzador, etc., según precise en cada momento.

Es importante que la persona en tratamiento perciba que el clínico maneja bien la angustia intensa que suele desarrollarse en algunas sesiones; esto aumentará la confianza del paciente y le permitirá expresar lo que siente. Irá aprendiendo con la ayuda del terapeuta a manejar adecuadamente sus propias emociones y a expresarlas con espontaneidad, de modo que entre lo expresado y lo sentido se dé un sano equilibrio. Habrá que analizar qué hará en la próxima situación peliaguda en que sienta lo mismo, cómo podrá desbloquearse y no acudir al antiguo comportamiento de la adicción. Las personas, cuando expresan lo ocurrido, suelen sentirse aliviadas. Es importante acompañar esa expresión de sentimientos de rabia, dolor, miedo, ansiedad, angustia con exploraciones y devoluciones. En algunos casos será conveniente la contención, en otras, el apoyo; y en casi todas el autoanálisis del significado de esa secuencia. ¿A qué responde? Cuando las personas han tenido un pasado tortuoso que está afectando a su presente, es frecuente dispongan de una especie de intuición o de

recuerdos confusos que pacientemente conviene explorar y acompañar para que los elabore.

En cuanto a las técnicas a utilizar, cualquiera es válida, siempre y cuando sea coherente con lo que el paciente demanda. La realidad nos demuestra que son tratamientos largos y que difícilmente pueden ser estructurados en cuanto a las mismas técnicas. Son recomendables los tratamientos semi-directivos. Los tratamientos muy rígidos, muy directivos y protocolizados son escasamente empáticos, poco creativos, desarrollan menos sentido, encorsetan a las personas y al clínico, y además, en nuestra opinión, son bastante aburridos. La inflexibilidad en terapia y el ejercicio abusivo del poder, la confrontación agresiva y la excesiva y mal entendida intensidad son identificadas más con el autoritarismo que con el respeto a la persona. El paciente se cerrará cuando no sea capaz de digerir más. Asimismo, si se siente inseguro, no se abrirá en absoluto, se aburrirá, no hablará y perderá el sentido de lo que hace. En suma, terminará arrojando la toalla. Muchas veces, por no decir siempre, dichas resistencias las provoca el clínico, aunque éste no quiera reconocerlo, cosa que ya señalaban Miller y Rollnick (1999) en “La Entrevista Motivacional”.

Volvemos a recordar que esto no quiere decir que el terapeuta tenga una posición pasiva y que no se pueda generar puntualmente cierta intensidad necesaria para que se dé el cambio. Esto no quiere decir que en algunos momentos del proceso del paciente el terapeuta deba ubicarse en el lugar del padre, o tenga que demostrar su autoridad legítima. Pese a estas maniobras, la experiencia nos dice que el ritmo lo marca siempre el paciente.

A menudo podemos utilizar otras muchas actividades paralelas, como el tratamiento con animales, especialmente la equinoterapia, en donde el paciente no tiene el control y es más fácil trabajar los mecanismos de defensa. Se trata de escoger un camino indirecto para tratar las mismas cuestiones fundamentales; el arte en general es positivo. En los casos de personas que han sufrido adicciones y otros trastornos, es interesante lo que pueden llegar a expresar con la narrativa o los concursos de poesía. La anamnesis es otro instrumento extremadamente práctico y útil. Todas estas actividades y técnicas son útiles en tanto en cuanto el terapeuta las sepa interpretar y manejar para una mejor terapia. Son actividades a través de las cuales el paciente experimenta algo bueno de su propia identidad; genera auto-

control en el proceso. Pero todas estas actividades nos pueden servir, no para controlar y adiestrar al paciente sino para enseñar a que él mismo se controle, se trata de que por sí mismo se haga competente. Esto nos recuerda a los mecanismos de la prevención, que tanto insisten en el control paterno hacia un adolescente, cuando lo más adecuado es que el padre enseñe a su hijo cómo gobernarse a sí mismo. El hecho de construir y de enseñar a que sea el mismo paciente quien se controle, es fundamental. Hay que marcar estos avances, apoyar y reconocer en su justa medida los progresos que se hagan en estas actividades.

Al inicio, los pacientes suelen pensar que no pueden seguir así, pero a la mitad del proceso se hacen más conscientes de que están utilizando soluciones y estilos de vida que ya no sirven para su nueva situación actual, y que tienen que reconstruir casi todo nuevamente en la incipiente nueva vida que están desarrollando. Ya no hace falta mentir ni esconderse. Esto suele ocurrir después de darse cuenta de sus pautas disfuncionales y de qué función tenían; después de darse cuenta de por qué tuvieron que refugiarse en la adicción. Cuando los pacientes comienzan a ser conscientes de lo que han hecho con su vida, sienten una mezcla de angustia y satisfacción. La angustia se debe a que ahora no pueden negarla con una adicción, y por tanto se entregan a la reflexión sencilla y clásica de si esta nueva vida compensa o no compensa. Echar de menos el refugio anterior, angustiarse al ver que la curación no era para tanto, que la realidad no es tan fácil y sencilla como ellos fantaseaban. Si no se ha trabajado bien la construcción de la identidad y de lo que realmente desean, se preguntarán si es mejor continuar siendo adicto que no ser nada. Por otra parte, también se produce una contenida satisfacción. Los usuarios se han dado cuenta de su realidad, se han descubierto a sí mismos. Se sienten satisfechos de llevar meses en buen estado y de estar construyendo cosas nuevas, construyendo y recuperando cosas positivas que funcionaron en el pasado; satisfechos de tener nuevas metas.

Esa construcción abarca todas las áreas. Habrá que seguir trabajando las ideas irracionales que han arrastrado toda la vida y que se manifiestan en los hechos sucedidos de cada día con tratamientos cognitivos. Así se conseguirá orientar y mejorar el aprendizaje, desarrollar el autocontrol y la exploración de las secuencias e identificar y

analizar los momentos desencadenantes, ya sean provocados por personas o por situaciones que desembocaron en una secuencia adictiva. Desmenuzar la cadena de pensamientos y conductas, tratar las nuevas dudas y las nuevas ambivalencias, ver las ventajas e inconvenientes de los consumos, son todas ellas estrategias valiosas para afrontar el problema.

Retomar y resituarse, volver a encuadrar el enfoque vital en los momentos de dificultad, aprender a protegerse emocionalmente. Vivenciar los valores como la justicia, la autoridad, el compromiso; poner en crisis determinados modos de vida escondidos bajo lemas como “no confiar en nadie, ni contar con nadie” o “tener que buscarse solo las cosas”. Cada vez que se topa con alguien que le perjudica, confirma esa idea. Y, sobre todo, responder con firmeza a las nuevas necesidades desde la libertad de decisión.

Una vez la persona comienza a entender mejor lo ocurrido, es frecuente que realice significativos movimientos en su vida. Se divorciará, se castigará a sí misma, cambiará definitivamente de amigos, etc. Conductas éstas en las que los pasajes a la acción, en forma algunas veces de reivindicaciones o reencuentros de personas queridas, se dan más que a menudo. Son los llamados *acting out*, que duran hasta que todo lo sucedido se ha integrado y aceptado definitivamente. La clave de este asunto reside en que si no se responsabiliza de su situación tendrá serias dificultades para sortear las nuevas situaciones. Todo este cambio supone, entre otras cosas, elaborar el proceso del duelo de lo que han perdido -tarea nada fácil que habrá que emparejar con lo que se gana-, comenzar a establecer nuevas relaciones, consolidar lo que esta consiguiendo, aprender a relacionarse con las personas de manera coherente, retomar y mejorar aquellas metas y expectativas que tenía cuando llegó a la terapia por primera vez.

La elaboración del duelo en terapia es una parte sumamente importante, ya que trabajamos con personas con problemas emocionales relacionados con la pérdida en sus vidas. La terapia, ya sea en comunidades terapéuticas, en centros de día, o en terapia individual, suele crear un fuerte vínculo y las delimitaciones terapéuticas suelen ser como una cúpula de cristal que protege, “necesaria durante un espacio de tiempo”. Una especie de continua puesta en práctica de sí mismos y de su relación con los demás, vital para la construcción y recupe-

ración de la identidad y para alcanzar un momento evolutivo al que no se conseguía llegar, ya que la adicción crea un *impasse* temporal, un parón evolutivo en el tiempo. Es decir que tiene componentes emocionales especialmente intensos; ha generado afectividad, amistad y camaradería pero sobre ello planea la sombra de la finalización, de tener que realizar nuevamente otro duelo, esta vez de la propia asociación, o del propio clínico que lo ha acompañado. Con algunos pacientes es aconsejable tratar este tema no únicamente en el periodo final sino con bastante antelación.

En las fases más avanzadas, habrá que seguir realizando las tareas que vaya proponiendo el paciente según crezca su grado de libertad. Tareas que deben ser acordes con las posibilidades del paciente y sus deseos; tareas claras y concretas, a ser posible. Si no es así, el mismo paciente las irá matizando. También se podrá dejar para la próxima o próximas sesiones aquello que le bloquea, ya que no tiene por qué saberlo todo en un día, cuestión ésta que responde más al furor de los terapeutas que al de los pacientes. Se puede aplazar tratar de aquello con lo que no ha podido o que le ha ocasionado demasiada angustia. Se podrán, pues, dejar temas abiertos para tratar en la próxima cita. En una sesión se debe descubrir y aprender algo, no hay duda, pero la capacidad emocional de las personas suele tener un límite y, aunque en una sola sesión ciertamente se puedan descubrir multitud de cosas reveladoras, es mejor el conocimiento paulatino, integrado en el tiempo, nivelador en cuanto a la motivación, pues genera superación y equilibra las oscilaciones que ya de por sí acarrean estos pacientes.

Por otro lado, si se tocan temas dolorosos, especialmente intensos, es conveniente dejar el tema cerrado en la misma sesión, dando sentido a lo que ocurre, haciendo ver que es parte del proceso de curación, invitando a que el paciente proponga nuevas acciones o metas. En estos casos no se debe terminar la sesión sin haber creado sentido y significado a lo ocurrido. Recordemos que todo es flexible menos las normas del centro y el marco terapéutico.

A medida que va avanzando, el individuo pondrá mayor atención en la nueva red social que desea crear, en las nuevas relaciones que quiere tener o en recuperar las pérdidas. Poder hacer nuevas cosas, esto es lo más importante en el caso de personas con muchos años de adicción o en aquellas otras que llevan tiempo desvinculadas.

Una de las características de la adicción, como ya comentábamos anteriormente, es la soledad vivida con profunda angustia con la que el paciente nuevamente ha de enfrentarse, una soledad que por lo general no es querida. Los ingleses designan la palabra soledad con dos conceptos distintos: *alone* (la soledad querida) y *lonely* (la soledad no deseada).

También es un signo de sanación el que el paciente sea capaz de vivir y dar sentido a la soledad en su vida. Entendido el síntoma y habiendo hecho una reestructuración de uno mismo en torno a lo que verdaderamente uno necesita y desea, los adictos se convierten en indicadores de que se acerca el momento, de que hay que ir finalizando, de que ya se encuentran en disposición de mantener los importantes cambios conseguidos y de ir mejorando aún más. La pauta disfuncional se ha modificado con una solución que ha pasado por lo particular de cada caso, no habiendo una fórmula estándar para esto. Esta etapa del mantenimiento se consolida cuando el paciente ha creado y establecido sus propios mecanismos para su nueva vida, aquellos que le garantizarán un equilibrio emocional estable frente a los nuevos conflictos.

Sin embargo, en el periodo de mantenimiento también hay crisis. Hace años los pacientes tenían más miedo a la hora de insertarse en nuevos colectivos, en volver a hacer nuevos amigos; deseaban tener nuevas experiencias, nuevas metas, querían muchas cosas. Actualmente la tendencia más generalizada es la de querer ser “normal”, algo que, cuando se consigue, conlleva cierta desilusión: ¿era para tanto? ¿tanto esfuerzo para esto? Se sienten desengañados y aburridos, la pérdida del sentido puede arrastrarles a las pautas anteriores. Son periodos también llenos de este tipo de preguntas, ya que en estos espacios confusos la predisposición será a refugiarse en aquel síntoma que le daba seguridad, que lo aislaba del problema.

Finalmente, el mantenimiento también es un periodo en que prevenir la recaída y reforzar más aún los resultados. Es una etapa muy dinámica, aunque se llame equívocamente de mantenimiento. Viene a ser una continuación de lo aprendido, un periodo temporalmente impreciso que para algunos puede abarcar incluso años en revisiones cada vez más espaciadas en el tiempo. El seguimiento, que forma parte de algunos programas terapéuticos, es necesario para ciertos pacientes y recomendable para todos. Incluso las evaluaciones de los programas

que se realizan telefónicamente sirven para mantener un mínimo contacto que se convierte en una variable de buen pronóstico.

Poco a poco habrá que ir cerrando esta fase del tratamiento, teniendo en cuenta cómo se encuentra el paciente y qué hará cuando nuevos problemas puedan sobrevenirle. Es cierto que la persona, en los momentos finales de la terapia, se siente más estable, pero igualmente surgen multitud de nuevas preguntas con los nuevos descubrimientos. Si son pacientes con alta “impulsividad”, es frecuente encontrarlos que, cuando creen estar bien, abandonan y recaen, no cierran el tratamiento, lo que suele tener relación con no haber asumido un duelo. Los abandonos se producen como reacción a excusas inocentes, incluso absurdas esgrimidas en peleas aparentemente inocentes y absurdas. Y en la mayoría de los casos reconocen que una vez traspasada la puerta se arrepienten de inmediato. Con relativa frecuencia nos encontramos que, aunque algunos no terminan el tratamiento y lo abandonan, ha servido no obstante para que la persona se mantenga sin desarrollar su conducta adictiva, ya que durante ese espacio de tiempo de tratamiento entendieron lo que les ocurría y eso ha bastado para salir adelante.

Todos estos temas habrá que elaborarlos hasta el final del proceso. Cuando alguien termina el tratamiento, no tiene por supuesto los mismos miedos por los que demandó tratarse, miedos relacionados con el síntoma que traía. Se siente normalizado en todas las áreas, seguro, capaz de retomar él solo las nuevas situaciones. Ha creado nuevas vinculaciones, ha dado significado a lo que le ocurrió. Lo importante son los nuevos cauces de expresarse del paciente, lo que realmente quiere, desea y necesita.

En las comunidades terapéuticas, centros de día o asociaciones, son frecuentes las fiestas de despedida, los abrazos, los regalos, etc. Pero, como decíamos antes, es importante trabajar la despedida con antelación.

Entender el síntoma tratado como algo que ha dejado una huella pero que en el futuro no le tiene que hacer sentir un enfermo; ni que tiene una mancha. Es difícil saber para el paciente cuándo es el momento de la finalización del tratamiento. Es algo que se siente. Se siente el momento cuando “todo” le encaja, cuando verbaliza él mismo que está preparado. Según Eric Laurent, el paciente ha de finalizar cuando se sienta simplemente “satisfecho”.

18.4. LA TERAPIA DE GRUPO

18.4.1. El inicio

Cada institución tiene formas diferentes de trabajar en grupo con los pacientes. Por lo general el paciente no entra al grupo inmediatamente. Entra después de unas primeras entrevistas, una vez hechos el diagnóstico y la evaluación y, a veces, después de establecer un tratamiento farmacológico adecuado. El terapeuta es quien establece cuándo el paciente está preparado. En ocasiones, el protocolo estructurado del centro es quien determina la entrada, lo cual comporta el riesgo de ser menos flexible y adaptarse peor al proceso del paciente.

El paciente adicto es una persona que usualmente se ha relacionado con dificultad o simplemente ha evitado las relaciones. Ha vivido durante años aislado, lo que hace que tenga miedo e inseguridad a la hora de participar; no suele confiar en los demás al principio de formar el grupo. Para evitar que abandone antes de tiempo, se trabaja la motivación con ejercicios de confianza y desbloqueo. Consideramos muy importante el ritual de la presentación y la acogida, ya que reduce la ansiedad y las resistencias que traen los pacientes y por consiguiente reduce los abandonos y fortalece la adherencia al tratamiento. En la presentación es conveniente recordar nuevamente el encuadre del grupo, que puede ser comentado por los propios pacientes o por el terapeuta. Se debe insistir a modo de recordatorio en el marco que se establece, pues es de máxima importancia establecer unos límites claros de actuación, como la puntualidad y el respeto a las normas que existen en el grupo, normas que habitualmente prohíben cualquier tipo de violencia y exigen confidencialidad absoluta. Estos grupos comparten un secreto grupal; nada de lo que se dice dentro del grupo puede ser dicho fuera de ese contexto. Esto permite a las personas poder hablar libremente y con confianza de su sufrimiento. En ocasiones se verbalizan la aceptación del estilo terapéutico del centro y otra suerte de cuestiones. En otras muchas entidades manifiestan esa aceptación por escrito. Como decíamos, es primordial encuadrar bien las demarcaciones terapéuticas, las normas de la terapia grupal, ya que las interacciones son en ocasiones intensas y también porque en las adicciones hay que trabajar bien los límites. Por otro lado, hay estilos de tratamientos grupales que están basados única-

mente en la confrontación, es decir que bajo la intensa presión de la confrontación agresiva o del ataque, el paciente finalmente se rendirá y reducirá sus mecanismos de defensa. Este tipo de grupos conflictivos son desaconsejables, ya que bajo presión terminará diciendo lo que quiere el grupo, pero probablemente no lo que realmente quiere y siente el paciente, ya que detrás de la confrontación agresiva no hay procesos de cambio. Más tarde nos detendremos en tratar el tema de la confrontación.

En cuanto a la directividad del grupo, podemos encontrar sin duda un amplio abanico. Es una cuestión de grado, varía desde la máxima directividad hasta grupos con muy baja directividad. Esto no sólo depende del modelo sino también de las características del terapeuta, de su propio estilo. El grupo es un lugar donde las nuevas personas que se incorporan encontrarán referencias que ya llevan tiempo sirviéndoles de guía. Siempre que no sean grupos cerrados, pues éstos evolucionan conjuntamente. En los grupos directivos, por lo común, se da más importancia a las patologías y a lo que el terapeuta considera que es problemático, puesto que es el terapeuta y no el grupo quien dirige y, por tanto, también quien es responsable de la patología de los miembros del grupo, de presionar a las personas para que cambien, de procurar que los problemas se aborden de manera incisiva.

En cuanto a los grupos semi-directivos, a la hora de tratar la resistencia y la negación, el terapeuta espera a que el paciente se vaya preparando, a que llegue su momento propicio y a que tenga recursos positivos para el cambio. Y también espera a las opiniones del resto de participantes. Insistimos una vez más en que esto tampoco quiere decir que el terapeuta semi-directivo sea pasivo.

Dentro de los métodos encontramos numerosas posturas eclécticas. Al inicio, la línea terapéutica del grupo suele ser más directiva. Se anima al grupo a establecer diálogos cruzados y se aplican técnicas dirigidas más a lo conductual en cuanto a la contención de la impulsividad. Cuando el grupo ya está consolidado, existe más libertad y el terapeuta es menos intervencionista. Existen pues pequeñas diferencias pero, por lo general, todos los grupos realizan una bienvenida y todos los miembros se presentan a sí mismos; en el caso de que el grupo sea numeroso, se suele presentar sólo el recién llegado, entre otras razones por falta de tiempo. En la presentación se podrá hacer

hincapié en el estilo del grupo, en su funcionamiento, por ejemplo, en que el grupo no permite juicios categóricos ni afirmaciones tajantes como: “Yo sí sé lo que a ti te pasa”, ya que las personas no somos hasta la fecha “adivinas”, pese a tener una dilatada experiencia. Se recomienda hacer preguntas abiertas, presentar objetivos y expresar expectativas verbalmente o por escrito.

En un principio es un alivio identificarse con otras personas con los mismos problemas, y en el propio grupo surge una sana sensación de pertenencia, a través de la cual aprenden de otras personas con problemas parecidos. Darse cuenta de cómo un compañero ha resuelto un problema similar es educativo, aunque debe ponerse precaución, pues sobra decir que no se trata de construir un grupo de personas identificadas al mismo síntoma, ni identificadas entre ellas masivamente, ni se trata tampoco de que comiencen a desarrollar juntos todo tipo de actividades fuera del grupo. El grupo tiene sus peligros y riesgos, sobre todo si se convierte en un sistema de identificación con la enfermedad o con el síntoma, cayendo en el peligro de alinearse en un discurso marcadamente sanitario. En este sentido la terapia grupal con personas dependientes ostenta la premisa fundamental de trabajar la “autonomía” para que pasado un tiempo se pueda abandonar confiadamente el grupo.

Pero antes aprenderán muchas habilidades: a trabajar la comunicación, la relación, y cada uno se dará cuenta de su dificultad específica. El grupo invitará a ensayar todo tipo de conductas para después ponerlas en práctica fuera del grupo. Ir haciendo un trasvase a modo de puente entre el grupo y lo social. El objetivo grupal tiene un fin, y éste es que los miembros del mismo se vuelvan a relacionar con personas “normales” fuera de ese contexto. El objetivo sirve para la reinserción. Saber que la terapia tiene un fin se nos antoja imprescindible.

Uno de los puntos más controvertidos es la exigencia de la abstinencia mientras se está en tratamiento. Evidentemente, si se trata de un grupo de alcohólicos no se puede estar en una terapia grupal después de haber consumido y bajo los efectos de la bebida. Decimos controvertido para señalar que existen varias clases de pacientes dentro de él. Unos afirman que si estás en tratamiento no puedes recaer, y que si recaes, no puedes entrar en el grupo, con lo cual el paciente no consigue seguir el tratamiento. Otros, por su parte, defienden trabajar las recaídas dentro del grupo, ya que es una buena oportunidad

para profundizar y entender lo que ha ocurrido. Pero prácticamente en ningún caso se puede estar trabajando terapéuticamente bajo los efectos de una sustancia. Decimos prácticamente porque en algunos lugares sí consideran que se puede trabajar con una persona “colocada” en ese mismo momento del cuellgue. En nuestra opinión, no es en absoluto conveniente, entre otras cosas porque el paciente no se percata gran cosa de lo que pasa en torno suyo, y, de hacerlo, después ni lo recuerda. Si la conducta adictiva no cesa, se pueden hacer diferentes intervenciones, sacarlo un tiempo del grupo, seguir individualmente, etc. Nuestra experiencia nos dice que para trabajar en grupo correctamente es provechoso que el paciente no esté bajo los efectos de ninguna sustancia en el mismo momento de la terapia, y, si toma fármacos, que estos estén adecuadamente controlados. En el caso de tratar adicciones sin sustancias, es un poco más complejo, pues, al tratarse de un trastorno adictivo “asintomático”, no se puede detectar en grupo si la persona continúa su conducta adictiva. Es necesario, por tanto, que previamente se trabaje su confianza; esto facilita, también, que no tengan miedo a la hora de hablar de sus dificultades o recaídas.

18.4.2. El proceso en grupo

El trabajo en grupo es un pilar importante en el tratamiento de las adicciones. No obstante, también tiene detractores. Cuando surgieron los primeros tratamientos para las adicciones, la terapia en grupo era indispensable, debido en parte a que los centros se encontraban saturados. Corrían los años 80 y la demanda de tratamientos por heroína era muy grande; el tratamiento grupal era barato y muy práctico. También porque la específica problemática de los adictos con tendencia a la manipulación y a la mentira para obtener lo que deseaban propiciaba que el trabajo grupal se esgrimiera como inmejorable, no sólo para el cambio sino también para desbaratar los numerosos problemas que se crean en los centros. Un grupo de personas ve más que un solo terapeuta. También el grupo ayudaba a romper la relación que tenía el adicto con la soledad.

Es muy frecuente utilizar contratos para mantener una línea continua o un nexo de unión y a la par utilizar otros métodos y técnicas. El propio grupo, con la supervisión del clínico, es quien vigila y posee

una función de seguimiento que llevar a cabo para conseguir el cumplimiento de los compromisos con fines terapéuticos. Cada modelo ha orientado dichos contratos a lo que da más importancia. En algunos casos, será un contrato de aceptación de las normas. Pero también entendemos por contrato a la expresión de lo que quiere y necesita hacer el paciente, a lo que se compromete a hacer terapéuticamente. Un contrato es además el compromiso de cumplimiento de unos objetivos. Es el enlace del proceso, el continuo necesario, el Norte que sigue el paciente en momentos de confusión. Lo podemos hacer muy riguroso utilizando medios con los criterios de evaluación, o más bien teniendo en cuenta verbalmente lo que quiere hacer el paciente.

En cualquiera de sus formas, es un compromiso por el que se establece una responsabilidad, una autoría. Consideramos que un contrato no debe centrarse únicamente en evitar lo negativo. Es preferible, por el contrario, que sea alcanzable, ni muy difícil ni muy fácil. Si se trabaja con la familia, se puede dar la circunstancia de que existan objetivos diferentes y complementarios, pues lo habitual es que los padres de un adolescente, por ejemplo, quieran una cosa y el chico otra muy distinta. Los objetivos de las familias deben tener aspectos comunes de trabajo que estén en relación con el paciente identificado, el paciente que porta el síntoma. Lo mismo ocurre con las parejas. El objetivo de las parejas puede tener una parte de trabajo informativo acerca de cómo se van percibiendo los avances y cambios y otra, más vivencial, en relación al problema de pareja en sí. En ocasiones los objetivos son una excusa para realizar un trabajo terapéutico extenso, pero no se debe perder de vista cuándo se establecen dichos objetivos, cómo se realizará el seguimiento y qué se va evaluar como nexo de unión.

Los objetivos pueden establecerse de diferentes formas. Como decíamos más arriba, pueden ser más o menos directivos o detallados. Sea como fuere, lo más conveniente es que incluyan un acuerdo previo entre el paciente y el terapeuta. Ello estructurará la relación dentro del grupo en cuanto a la dirección y seguimiento. Igualmente es aconsejable que se fijen por escrito, con vistas a poder ser revisados, lo que podrá evitar en el futuro confusiones de cualquier clase. Existen objetivos de todo tipo: evitar cosas, situaciones, alcanzar una meta, etc. Se recomienda, de todos modos, que sean claros, asequibles, y que incluyan hechos positivos que serán recogidos y analizados ulteriormente por el grupo.

La eficacia mayor del grupo radica en la mayor fuerza de lo que allí se produce; la energía del grupo es mayor cuantas más sean las personas que están de acuerdo pues no sólo cuenta la opinión de una persona. El grupo ofrece más puntos de vista, se perciben más detalles entre todos, son muchos los que pueden comentar el mismo hecho terapéutico. El grupo es un espacio limpio que contrarresta la influencia social que pueda vivir una persona a la hora de desarrollar nuevamente una conducta adictiva.

Al terapeuta se le atribuye un supuesto saber, pero al inicio, sobre todo, existe la incógnita del clínico: si es suficientemente competente o si el seguimiento que hace no está contaminado por ninguna vivencia o prejuicio personal. En este sentido el grupo hace de colchón a estas incógnitas que suelen tener los pacientes inicialmente, ya que si un grupo de personas está escuchando la misma situación, podemos colegir que no es una cuestión personal del terapeuta. También hay que señalar que la terapia grupal tiende a acompañarse de terapia individual, ya que hay situaciones que siempre lo requieren.

El grupo también es un elemento de control y prevención de posibles recaídas, un lugar donde se aprende a protegerse en el sentido amplio, a identificar los sentimientos y dónde se sienten, a cuidar, en suma, de su salud. Es todo un aprendizaje continuo mediante el que establecer nuevas relaciones, un lugar donde se encuentran claves tan sencillas como esta: “Si yo estoy bien, lo que me rodea también está bien”. Previene la recaída, un tema importante que se debe abordar. Cuanto más tiempo se está en tratamiento, más probabilidad se tiene de tener éxito. El poner castigos en caso de recaídas, a parte de su ineficacia educativa y terapéutica, suele tener el riesgo de que la persona se marche del grupo y no regrese.

El grupo se esboza como un instrumento para crear nuevos lazos, nuevos vínculos que serán trabajados en el propio grupo. Un lugar donde la persona no se encuentra aislada y donde poco a poco irá confiando en los demás. El trabajo en grupo es un excelente instrumento para detectar el tipo de relaciones e interacciones “*in situ*”, es decir, cómo el paciente conecta con sus caracteres dependientes, problemáticos, conflictivos; si se muestra intolerante, inferior o superior, o mitifica a los otros. Cuestiones que se abordarán en el momento y que se relacionarán con el síntoma de la persona. Es decir, se interpreta la situación que ha ocurrido y se procura entender, a su vez, si lo que ha ocurrido en ese

contexto se debe relacionar con el problema que movió al paciente a visitarnos, teniendo presentes sus pautas disfuncionales, etc.

Consideramos que el grupo sirve de crisol para que cada persona aporte en él sus objetivos, sus expectativas diferentes. A la vez, sirve para enfocar la relación entre ellos dentro de un marco de límites bien señalados en el que expresar con claridad la contención, el cual, finalmente, ayuda sobremanera en la resolución de los procesos individualizados.

En un primer momento, el grupo permite la identificación y suaviza la angustia. Las personas perciben que no están solas, que se hallan rodeadas y acompañadas de otras con problemas parecidos a los suyos. También es un excelente mecanismo para evitar el aislamiento e individualismo en el que viven los pacientes. Es un espacio donde reconocerse puntualmente en el otro: menudean los casos en que un paciente llega a comprender a través de los comentarios de otro paciente lo que le ocurre a él mismo, aunque, claro está, siempre haya matices que diferencian nítidamente unos casos de otros. Aprenden también nuevas formas de relación que podrán ser utilizadas más tarde en su vida ordinaria; aprenden a poner nombre a las cosas que necesitan, a pedir ayuda y a dar ayuda a los demás.

En este tipo de grupos, por descontado, siempre surgen conflictos, ocasionados en muchas ocasiones por los mismos objetivos señalados por los pacientes. No obstante, es importante que sea así, ya que el grupo rápidamente se convertirá en un pequeño ensayo de la vida real, donde se reproducirán las mismas situaciones y paradojas de la vida. Esos mismos conflictos y crisis es lo que hábilmente el terapeuta debe aprovechar y tratar y nunca evitar, puesto que precisamente actuando así la persona tendrá oportunidad de entender e interiorizar qué le ocurre, por qué se enfada tanto ante una postura determinada, a qué responde tanto enfado, por qué se queda intimidado y bloqueado ante una mujer o casos similares. El terapeuta tendrá que darse cuenta e interrogar qué pasa ante la confusión, cómo reacciona el paciente ante ese problema que se ha desarrollado, qué siente, qué significado tiene concretamente el conflicto para la persona, qué pensamientos tiene, cómo reacciona, cómo se bloquea y en qué consiste ese bloqueo o enfado, qué le recuerda, cuáles son las consecuencias de ello y qué alternativas puede trabajar cuando se le vuelva a dar esa misma situación.

Es frecuente que en los grupos se establezcan relaciones afectivas la cuales, generalmente, suelen estar prohibidas. La razón es que cuando dos personas en tratamiento se juntan se desvinculan de la terapia y las recaídas son más frecuentes.

Las contradicciones de este tipo son siempre difíciles de explicar. Las personas adictas tienen un componente fuerte de impulsividad y en numerosas ocasiones tienen relaciones, según sus propias palabras, “casi sin querer”. Después se suelen sentir culpables y su proceso terapéutico se paraliza. Las mujeres, por lo general, no lo suelen reconocer y terminan yéndose y abandonando el tratamiento. Los hombres, en cambio, sí lo comentan con sus compañeros y no son amigos de abandonar el tratamiento a no ser que decidan irse juntos en pequeños grupos. No conviene olvidar tampoco que lo que está en juego en este tipo de relaciones de pareja es, entre otras cosas, la dependencia de algo, de otras personas; una unión que comienza cuando se supone que ninguno de los dos ha elaborado su propia autonomía esta abocada al fracaso. Aunque no es menos cierto que el amor siempre está presto a darnos sorpresas.

En cuanto al tiempo, es posible que sea un problema del pasado o del presente. Una pauta de toda la vida o un miedo al futuro que lo encierra en sí mismo, como ya decíamos. El tiempo, en realidad, carece de importancia. En este sentido, el material terapéutico se puede sondear en cualquier periodo de la vida debido precisamente a su condición intemporal. Pero, lógicamente, se revela ahora. De igual modo, es de recibo situar al grupo en el momento actual, pues, venga de donde venga ese grupo, desde un punto de vista temporal la dificultad afecta siempre al momento actual. Así, tanto el trabajar únicamente en el “aquí y el ahora” como el hacerlo sólo en el pasado o en la solución de problemas futuros, nos llevaría a un empobrecimiento del tratamiento. Aunque también es cierto que casi ningún modelo clínico está fijado exclusivamente a un formato temporal de este tipo. En nuestra opinión, hay algo más allá de las técnicas y de los modelos, un mercado que en ocasiones responde más a intereses económicos de las editoriales vinculadas a las universidades que a la realidad práctica. Los modelos y las técnicas son buenos en tanto en cuanto ayudan al clínico a afinar y a detectar lo esencial en terapia.

Hay que ayudar al grupo a darse cuenta de cómo se sienten y a utilizar el lenguaje cuando esto surge y finalmente, verbalizar qué es

lo que han aprendido en la sesión, dando pie así a que comenten cómo se han encontrado, cómo han percibido a las otras personas. Si el grupo ya es experto, posiblemente el terapeuta no necesite apenas intervenir.

Es muy importante trabajar el duelo del propio grupo y dejar clara su función. Resituarse con frecuencia estas cuestiones. Cuando una persona del grupo se ha curado, lo ha sustentado emocionalmente; cuando esa misma persona tiene información que no sabe casi nadie, hay que poner énfasis y dar importancia al proceso de desvinculación progresivamente, hay que trabajarlo en el mismo grupo y durante un proceso de tiempo ajustado a cada individuo. En numerosas ocasiones los pacientes vivencian esta separación con mucho miedo, miedo a saber si podrán crear esas mismas vinculaciones en el exterior. En este sentido, se recomiendan, sobre todo por parte de posturas psicodinámicas, tratamientos más largos, tiempo necesario para ir haciendo ese trasvase del grupo al exterior. Desde luego, cada modelo tiene su manera. En unos casos se dará importancia a la autoayuda tradicional. En otros, como sucede en los tratamientos cognitivo conductuales, el perfil exhibido es más bien educativo.

Siguiendo con nuestro tema, un grupo no es una excusa para compartir quejas, no es un lugar únicamente para el desahogo emocional, ni mucho menos un espacio para culpabilizar a nadie. El grupo es un espacio para la elaboración, para la ayuda y, sobre todo, para la responsabilización. El grupo ayuda a darse cuenta de las cualidades positivas que trata la persona de negarse a sí misma, a sentir que no se está solo. El grupo es un sistema que tiene vida propia y que, por eso, va evolucionando en su conjunto, visión ésta que debe ser cuidada por el terapeuta para no perder objetividad, mantener en todo momento una adecuada distancia y percibir la evolución general del grupo, haciéndole cuando corresponda las devoluciones oportunas. En ocasiones se desaconseja esta terapia en pacientes con sintomatología paranoica, ya que suelen ser de alta expresividad emocional. También se desaconseja en personas con psicosis en fase activa, o en pacientes con trastorno de personalidad antisocial. Se ha sostenido que el tratamiento grupal presenta limitaciones en personas que padecen patologías severas. En cualquier caso, el enfoque grupal para estas personas debe ser distinto. En muchos hospitales psiquiátricos se hace terapia grupal desde hace mucho tiempo. Grupos en los cuales se

aceptan las ideas particulares. Los delirios de los pacientes con psicosis, por ejemplo, se incluyen en grupos de menor intensidad y menor confrontación.

18.4.3. El grupo como meta-modelo

En la época de la llamada “epidemia de la heroína” fue cuando más centros se crearon de forma independiente del sistema sanitario público. Se produjo entonces una marcada separación entre lo público y lo privado. En cuanto a lo privado, también se dieron separaciones internas importantes. En primer lugar, estaban los centros puramente privados, centros escasos en número y considerablemente costosos económicamente para el paciente y sus familias. En segundo lugar, aparecieron grupos inamovibles, tipo centros-empresas, grupos tan cercanos a lo sectario que en ocasiones nos hemos preguntado si llegan a vulnerar los derechos humanos, centros, es de notar, que han cambiado poco o nada con el paso del tiempo. A este grupo corresponden los lugares tipo empresarial que se dedican al comercio de sus productos, lugares que ostentan un fuerte componente religioso. En ellos es costumbre, por ejemplo, que cuando alguien tiene un problema se le invite a leer la Biblia. La inoculación del miedo a la autoridad y a Dios es el principal nexo de unión de estos grupos; el segundo nexo es su fuerte corte empresarial.

La otra vertiente son las ONGs y asociaciones convenidas con las administraciones públicas y que están muy cercanas a los tratamientos sanitarios públicos. En todos los casos, sin excepción, trabajan en red con ellos, pero conservando en general una filosofía más grupal y humanista. Constituyen, sin duda alguna un funcionariado mucho más barato. Podemos entender la importancia del trabajo en grupo cuando “el cien por cien de las comunidades terapéuticas convenidas en España se trabaja en grupo”, Domingo Comas (2006). Hemos realizado esta introducción porque, cuando hablamos del trabajo grupal, nos referimos básicamente a este tipo de numerosas ONGs convenidas con las administraciones.

Existen métodos que podemos denominar meta-modelos, o sistemas comunicacionales que dan cabida a cualquier modelo clínico. Destacamos el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, la Entrevista Motivacional y el trabajo por objetivos. Prochaska y

DiClemente analizaron las fases por las que iban pasando las personas que, sin un acompañamiento terapéutico determinado, conseguían abandonar cualquier adicción, llegando a la conclusión de que todas esas personas analizadas pasan por etapas idénticas.

La experiencia de este metamodelo nos sugiere la importancia de la toma de conciencia y de la motivación en las intervenciones. Los cambios de fases suelen coincidir con experiencias que han impactado al paciente y desencadenado un cambio. Son las mismas etapas que en la terapia. Este modelo comunicacional puede ser representado como una rueda de cambio. Es habitual que el paciente no lo consiga la primera vez y que tenga por tanto que volver a entrar en la rueda. Es, por consiguiente, la recaída un paso más del proceso. El terapeuta debe seguir pautas diferentes para cada momento o fase del paciente, es decir no se le puede pedir lo mismo a una persona que está en “contemplación” que a otra que se halla en la etapa de “acción”. El terapeuta deberá tener en cuenta también los aspectos interrelacionales del sistema familiar en cada uno de esos momentos.

Todo el gran abanico de modelos terapéuticos con sus correspondientes técnicas desarrolladas en Psicología son aplicables también a la terapia grupal. Todos esos modelos han hecho aportaciones destacables, sin excepción de ninguno de ellos.

18.4.4. Tipos de grupos

El grupo terapéutico clásico es un grupo de personas que tienen adicción, que está dirigido por un clínico y que en principio no manifiestan una patología diferente que les imposibilite el tratamiento, aunque este punto está todavía a debate a causa de la invención de la patología dual. Un grupo clásico asume un compromiso con la terapia, y por lo general tiene una duración definida en el tiempo, aunque sea sólo como orientación. El número suele oscilar bastante de unos centros a otros; en ocasiones se ha dicho que ocho personas es lo más adecuado, aunque hay grupos más numerosos. El grupo modelo suele tener delimitaciones claras y objetivos claros.

Básicamente, los grupos educativos proliferaron en los años 80. Los clínicos y, sobre todo los pacientes rehabilitados con una dilatada experiencia, dirigían los grupos entre consejos, amonestaciones,

reprimendas y abrazos afectuosos. Con el curso de los años estos grupos educativos se han convertido en talleres y escuelas, y se han ido separando de los grupos terapéuticos. En ocasiones estos grupos educativos estaban dirigidos por un líder, una especie de “gurú”, o ponían en juego otras formas de tratamiento cercanas a lo intransigente. Las charlas abiertas al público eran una puerta de entrada a la entidad y, poco después, al tratamiento. “Hoy podemos decir que el liderazgo ha pasado a ser sustituido por los sistemas de gestión, la calidad y la profesionalidad grupal”, Domingo Comas (2006).

En la actualidad se encuentra diferenciado y segmentado casi todo. En frecuente toparse con determinadas entidades o programas específicos o escuelas y talleres destinados a la formación de padres y madres surgidos todos en poco más de una década. Las ONGs han alcanzado una profesionalización fundamental en lo tocante a las adicciones, tanto en la vertiente educativa y formativa de los usuarios como en la de las familias. Así, podemos encontrar en casi todos los programas terapéuticos estos talleres o escuelas (su mayoría surgidos en países anglosajones) donde se advierte al personal de las consecuencias fisiológicas que tiene la adicción, donde se dan clases de comunicación, se informa sobre cuestiones de salud y calidad de vida, se imparten clases para explicar el funcionamiento del centro, etcétera. Sus objetivos son la formación, la prevención, la toma de conciencia, la transparencia, y cómo actuar en relación al problema. Aunque no cabe duda que el conocimiento de las adicciones ha mejorado mucho hasta hoy, aún resta desde luego mucho por conseguir.

Nos podemos encontrar con infinidad de grupos específicos, por ejemplo, aquellos en los cuales únicamente se aborda el pasado de los individuos con el fin de discernir cómo ese pasado afecta al paciente en su situación actual, o en los que se trabaja para que la persona acepte el duelo no resuelto que ha influido en la adicción. Grupos donde analizar los sentimientos de un modo semejante a la técnica de la silla caliente de la Gestalt. Este método sirve fundamentalmente para abordar la parte emocional, propiciando que la persona vivencie y recuerde en el presente qué, cómo y dónde ha sentido en el pasado, aunque también se puedan elaborar las emociones y sentimientos nuevos que ocurren en ese preciso momento.

Los grupos de iniciación, motivacionales o de orientación (han sido denominados de muchas formas) son, para empezar a entender el con-

texto en el que están, el medio de aprender a relacionarse, a preguntar para poder actuar adecuadamente en el grupo posterior. Son grupos con un perfil más educativo, constituidos para la preparación al cambio o en los que plantear objetivos de acogida y de responsabilización.

En los grupos de corte conductual, por su parte, podemos trabajar cómo se han reforzado y generalizado determinadas conductas, sirven para darnos cuenta de cómo la persona actúa en ciertas situaciones y cómo después mantiene determinadas respuestas condicionadas. El prototipo, en este sentido, son esos antiguos amigos de cuelgue que le recuerdan al paciente el ambiente de la adicción, así como los lugares que frecuentó en su día. Esto invita a generar alternativas y propone abiertamente descondicionar. Como se ve, suelen ser grupos más estructurados.

En otros casos serán el tedio y el aburrimiento los factores a soslayar. Podremos emplear la reestructuración cognitiva para mejorar el estilo de vida. Las formas de vivir de una persona adicta cambian a peor con la adicción, y podemos comenzar trabajando cómo puede esa persona adelantarse a los acontecimientos y qué alternativas puede encontrar para lograrlo. Diseccionar, por ejemplo, la secuencia de pensamientos que lo han conducido desde un estado de no consumo hasta el abuso en que ha caído. De esta forma podrá entender lo que ha ocurrido, qué pensamientos se desencadenaron antes de la secuencia y cómo puede conseguir cambiar esos pensamientos.

En los grupos orientados al psicoanálisis se podrán trabajar fácilmente los aspectos interrelacionales entre los mismos del grupo: la transferencia, la vinculación, los significantes, la posición que ocupa la persona en el grupo, qué pide, qué necesita, qué quiere realmente. Las pautas disfuncionales de la familia se reproducen en otro contexto, es decir en el grupo, lugar privilegiado para su análisis. El terapeuta establecerá el encuadre y rastreará dónde están las pautas disfuncionales, explícitas o no, verificando que todos van entendiendo lo que él va diciendo y asimismo lo que está ocurriendo dentro de la terapia. No se trata en absoluto de un modelo de adiestramiento; se permite hablar libremente y no se obtura el deseo.

Como ya comentábamos en la tradición psicoanalítica, el síntoma se entiende como algo muy propio que no tiene por qué ser suprimido o extirpado de las personas. Por ejemplo, el mismo síntoma puede cambiar de sentido y convertirse en algo productivo, incluso sano. No

se trata de suprimir a las personas, ni de cegarlas o avasallarlas con técnicas para que se conviertan en personas diferentes a las que son. No. En psicoanálisis no se trata a toda costa de instruir a los pacientes. Para que esos patrones no le hagan daño, habrá que entenderlos y a la par procurar alternativas como vías de solución; habrá que entender qué función ocupa el síntoma en relación a los otros y al paciente mismo. Se trabaja ampliamente el sentido de lo que pretendía conseguir ya fuera en el pasado o ya sea en el presente; que opciones quería evitar. Habrá que trabajar la adicción como suplencia, lo que en numerosas ocasiones se ha denominado “proceso de la automedicación”. Habrá que abordar de igual forma cómo la persona se cuida, cómo se protege y cómo establece las relaciones con los otros en la actualidad, hacia dónde dirige su deseo. Esto fomenta el que el paciente se haga más consciente de sus situaciones, y sobre todo incrementa la responsabilidad de los actos, el cuidado de sí mismo y las relaciones con otras personas. Se le acompaña en el proceso de darse cuenta y de entender sus pautas inconscientes y, al mismo tiempo, en la acción de los cambios, de sus propios progresos. En estos grupos se trabaja la relación y la estructura del grupo, la comunicación que se establece con los otros. La pulsión y el significado de las cosas tienen también que ver indudablemente con los otros, con sus compañeros, con su familia, no solamente con uno mismo, y esto a su vez genera contención. Son grupos que desarrollan menos confrontaciones y son menos estructurados en un principio.

En cuanto a los grupos familiares, se han utilizado muchas formas y técnicas mixtas, desde la Psicodinámica, la Gestalt o la Terapia Racional Emotiva hasta el Psicodrama, la terapia interpersonal, el modelo sistémico estructural, estratégico y los enfoques más conductistas. Se trabaja con diversos tipos de familia: la extensa, la nuclear o la pareja, según qué número de personas constituyan la familia en cuestión. Se pueden trabajar simultáneamente o por núcleos separados, dependiendo de si por ejemplo queremos fortalecer el sistema parental o no. En caso afirmativo, separamos al paciente un tiempo de los hijos. Esto se puede hacer tratándolos en sesiones diferentes. Las intervenciones familiares dependerán de dos cuestiones. En primer lugar, que el paciente identificado quiera; en segundo lugar, si se trabaja con el núcleo familiar o con otros familiares “periféricos”. Aunque algunos métodos exigen trabajar con la familia.

Existen múltiples maneras de actuar con los familiares. En un primer momento hay que escuchar y detectar cuáles son los patrones cognitivo, emotivo y conductuales disfuncionales. Pronto, cualquier terapeuta se dará cuenta que el paciente está en relación con un sistema familiar disfuncional. Debe trabajarse la confianza con un lenguaje entendible. Esto, por supuesto, dependerá mucho de la pericia del terapeuta. No echar culpas a nadie ni buscar chivos expiatorios.

Es los grupos familiares es importante reestablecer la comunicación y recuperar un conjunto de normas mínimas. Establecer nuevos términos para mantener las conductas más apropiadas. Acentuar las interacciones.

Son grupos en donde el terapeuta puede y debe aconsejar en determinadas ocasiones, o sugerir e incluso mandar como forma de intervención. El riesgo que corremos es que la familia no acepte, a veces, dicha intervención o mandato. Es conveniente además, como en cualquier terapia, el contacto periódico y obtener información precisa acerca de las actitudes actuales del paciente en tratamiento. Fomentar la comunicación entre los diferentes miembros de la familia, ya que por lo general el discurso familiar se dirige al clínico. Ayudar a generar cambios en el ambiente, a crear nuevas situaciones donde puedan percibirse las pautas familiares. Se podrá exagerar el síntoma, desdramatizarlo, utilizar el humor cuando sea oportuno. Todas estas actuaciones y estos cambios darán una visión más real de cómo es la familia y cómo interactúan sus miembros entre ellos. En definitiva, cualquier modelo clínico encaja en el grupo terapéutico. En la actualidad, sería francamente difícil hablar de grupos que estén dirigidos únicamente bajo la batuta de un modelo clínico. Contando también con que cada clínico aporta su abanico de técnicas que mejor encajan con el grupo y consigo mismo.

La terapia sistémica, por lo general, da mucha importancia a los límites. Por ejemplo, si se le pregunta a una persona, no puede responder otra en su lugar, y si otra responde por él, el terapeuta actúa pidiendo explicaciones. En numerosas ocasiones encontramos a madres absorbentes que no han dejado espacio para que maduren sus hijos; deben, por tanto, resituar sus relaciones, puesto que éstas son o muy estrictas o demasiado laxas y permisivas. Se trata de familias porosas que apenas marcan límites. En la actualidad encontramos muchos casos de padres ausentes. Cuando encontramos a un adoles-

cente que se salta casi todos los límites, lo normal es que un adulto lo esté apoyando abiertamente o aun de forma encubierta. También es frecuente encontrar adolescentes conflictivos y descubrir que sus padres nunca se ponen de acuerdo en sus problemas, dando infinidad de mensajes confusos y contradictorios, a la vez que entre ellos prima la violencia psicológica, las luchas intensas de poder, de dominio, etc. La terapia se dirigirá entonces a restablecer y fortalecer ese núcleo relacional armónico de la pareja, entre otras cosas.

La familia también debe plantearse objetivos y expectativas que después se podrán ir redefiniendo. Es el caso de las familias donde uno de sus miembros ha desarrollado una adicción. En tales ocasiones el terapeuta actuará con más determinación y control, ya que el paciente suele estar más desmotivado. Los grupos sistémicos cuestionarán el sistema disfuncional, subrayarán diferencias, ambivalencias y paradojas familiares, pondrán sobre la mesa el conflicto, el síntoma por el cual demandan tratamiento y lo confrontarán con las relaciones que se establecen entre los miembros, llevando la problemática a las pautas relacionales. De este modo el síntoma, que en un inicio estaba individualizado en una persona de la familia, pasará al conjunto de ésta, bien entendido que la adicción también es una consecuencia de un sistema, por lo cual la responsabilidad se distribuirá al terapeuta, incumbiéndole ubicar la responsabilidad donde corresponda. El síntoma es desdramatizado en tanto en cuanto el terapeuta consigue llevar el conflicto a las interacciones entre los miembros de la familia; así la familia se dará cuenta de que, por ejemplo, nunca se dan besos entre sí, de que nunca emplea caricias u otros refuerzos positivos. Se puede detectar una fuerte confusión educativa, o que el padre no tiene autoridad, no puede hablar, ni se autoriza para tal efecto, lo cual conlleva malentendidos, tensiones, miedos absurdos e inseguridades gratuitas. De esta manera, el propio síntoma por el que vinieron a buscar ayuda quedará relegado a un segundo plano y se abordará al grupo entero con facilidad.

18.5. LA CONFRONTACIÓN

La confrontación es un concepto muy utilizado en la terapia de las adicciones, aunque la manera de articularlo y de entenderlo sea muy

diferente según cada terapeuta y cada centro. La confrontación es un instrumento de ayuda que va más allá de una petición de cambio o de una acusación. Puede servir de ayuda para darse cuenta de la discrepancia entre lo que una persona hace, dice y quiere. En ese sentido se la confronta a la persona preguntándole qué es lo que pasa cuando quiere evitar ciertos lugares, y repetidamente las evidencias nos dicen que ese no es el camino adecuado, ¿Qué es lo que en realidad ocurre?

Esta confrontación de los hechos evidentes podrá hacerse en grupo o se podrá exponer individualmente. Por un lado, servirá para poder ayudarle mejor y para que la persona se dé cuenta de su situación real, de lo que hace, y para entrar en lo subjetivo cuándo se le pregunta qué le está pasando. Es posible que el paciente diga que en el fondo no quiere cambiar, que no quiere responsabilidades o que se encuentra mal por uno u otro motivo sin importancia; las razones pueden ser tantas como personas. Cuando la confrontación se plantea desde la acusación, puede ocurrir que el paciente aumente sus defensas, su negación, que aparezcan las resistencias y se genere tensión en el grupo. También es frecuente que el paciente acepte la confrontación debido a la presión grupal, pero esto no significa que haya interiorizado nada. Cuando la confrontación está mal planteada puede provocar conflictos, incluso el abandono del centro, ya que la agresividad genera agresividad. La experiencia nos dice que este tipo de confrontación no sirve para facilitar el cambio, como también señalan Miller y Rollnick (1999). Si es una confrontación que pide alternativas y responsabilidad y está planteada desde la ayuda, la libertad, la firmeza y el respeto con el fin de entender las verdaderas razones de lo que le ocurre al paciente, entonces resulta una técnica útil de cambio. La intensidad de esa confrontación varía fundamentalmente en función del clínico más que en función de las técnicas. La clave es que el terapeuta que dirige el grupo sepa establecer unas pautas claras para la realización correcta, una pregunta clara y asertiva, y además sepa manejar correctamente la intensidad. Cuando a una persona se le hace una confrontación en grupo, es posible que todos los demás miembros estén de acuerdo. En este sentido el mismo grupo cobra mucha fuerza con vistas al cambio de la persona que ha sido confrontada. Hemos de considerar que los pacientes que han sufrido adicciones, tal y como ya hemos comentado, han estado por lo general

muy aislados, han padecido soledad y, en un principio, son muy reacios a que otras personas les pregunten por cualquier cosa que haga referencia a su vida o sus actos. Es importante que desde el principio interioricen un estilo adecuado de actuación de la confrontación. Si las relaciones que se establecen en un primer momento no son adecuadas, entonces habrá que parar, resituarse el discurso, redirigirlo hasta que sirva de verdadera ayuda. Porque de eso se trata. En ocasiones encontramos en algunas evaluaciones “el índice de satisfacción de los clientes”, que suelen señalar los grupos como el instrumento que más les ha gustado. También se suele valorar el vínculo y el trato recibido más que las técnicas o las infraestructuras que posee el centro. Allí han aprendido a encontrarse con otras personas para hablar, para solucionar sus conflictos, para superar la angustia, para expresar lo que desean, y para transmitir lo que quieren o lo que necesitan.

Parte V

**EL HOMBRE ACTUAL
A DEBATE
DESDE EL CAMPO
DE LAS ADICCIONES**

19

SEIS CARACTERÍSTICAS FENOMENOLÓGICAS REFERENCIALES

19.1. EL CONSUMISMO Y LA COMPETITIVIDAD

Si bien es cierto que siempre han existido las adicciones, no lo es menos que en la actualidad están cobrando especial relevancia debido a su mayor incremento y a que algunas de sus formas constituyen un fenómeno relativamente “novedoso” que no deja de sorprendernos. La Revolución Industrial marcó un hito en este sentido e hizo que nos interrogáramos por sus causas. El profesor Mario P. atribuye este aumento a la transformación cultural que se ha venido produciendo durante el último cuarto del siglo XX cuando afirma que “este cambio se podría registrar también en términos tales como, por ejemplo, capitalismo industrial o consumista. Un hombre al que consideran lleno de información, saturado, relleno de contenidos volátiles y vacío al mismo tiempo”. De manera que, con excesiva frecuencia, nos encontramos ante personas colmadas de información, de imágenes de todo tipo pero que, a pesar ello, o precisamente por ello, presentan grandes dificultades para escuchar y conversar, comunicarse y expresarse.

Paradójicamente, escribe Harvey (1990): “A la ideología actual del capitalismo consumista le interesa efectivamente un sujeto plural, fragmentado, móvil, efímero y que a la vez se sienta fuente creadora de sus propios gustos”.

El consumismo capitalista es un campo suficientemente abonado para que en él brote cualquier conducta adictiva, ya que prodiga una lógica circular, no delimita la pulsión y carece de límites.

Si tuviéramos, pues, que definir nuestra época mediante una de sus características más reveladora, nos aventuraríamos a decir que nos hallamos en una época de “rendimiento”, entendido éste como competitividad, una competitividad traspasada de inmediatez. En efecto, el rendimiento es entendido generalmente como un valor, extendiéndose su importancia incluso al campo de la diversión, a la que también exigimos un esfuerzo añadido. Esta actitud descarta de entrada cualquier género de imposibilidad, cualquier obstáculo infranqueable, lo cual nos conduce al callejón sin salida del “todo es posible”, que fatalmente se traduce en un desprecio de los límites, una especie de hiperactividad transgresora que toma la forma de actividades encadenadas. En rigor, se hace precisa la absorción de una gran cantidad de información y de “cosas” para llegar a alcanzar el ritmo actual. No es de extrañar entonces que surgiera hace poco en Italia el interesante movimiento de las ciudades lentas, *Cittáslow*. Según su programa, se trata no tanto de ralentizar las cosas como de funcionar a la velocidad adecuada. El informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) realizado en el año 2006, sitúa a España a la cabeza en el consumo de cocaína en Europa. En diez años, el consumo de cocaína se ha multiplicado por cuatro en nuestro país y la edad de inicio ha bajado hasta los 15 años en zonas urbanas, habiendo también disminuido a su vez la percepción de riesgo. Los psicoestimulantes y las conductas compulsivas son aparentemente adecuados para rendir al máximo tanto en la diversión como en el trabajo. Y nótese que hablamos de la cocaína, una droga aparentemente controlable y que se creía no generaba adicción física en su inmediatez. Al mismo tiempo, el último estudio experimental que nos ha llegado vincula el abuso de cocaína al parkinson y declara que las urgencias hospitalarias por ingesta de cocaína casi se han duplicado entre 1996 y 2002. Desde el Observatorio de Lisboa nos informan que “la cocaína se ha convertido en un elemento importante del panorama europeo de las drogas”. Hoy no hallamos fácilmente aquellos curiosos e interesantes fenómenos históricos de conversión que tanto abundaban a principios del siglo pasado en la rígida e inflexible sociedad victoriana; hoy día, en la época de la abundancia y del con-

sumo masivo, emerge con fuerza, por ejemplo, la anorexia. Los síntomas, como se ve, cambian de envoltura. La heroína ha sido sustituida de momento por la cocaína en las nuevas formas de consumo, uno de cuyos efectos, considerado ideal por algunos, es precisamente la inmediatez, a pesar no obstante de generar también angustia. En la actualidad encontramos drogas de efectos cortos en el tiempo, como la droga denominada “Paco” (derivado de la coca) que está haciendo estragos en los barrios y extrarradios de Buenos Aires. En Méjico, por otro lado, recurren a compuestos más adictivos que la propia cocaína, compuestos que mantienen por un breve lapso de tiempo la animación y la energía; Ciudad Juárez, Nuevo Laredo, Tijuana son las ciudades donde ya han sido detectados.

Vivimos, pues, en la cultura de la acción. Hoy se hacen cada vez más difíciles operaciones tales como simplificar, abstraer o resumir, consecuencia en parte de la rapidez con que se suceden los escenarios, situaciones e informaciones que percibimos. Este hecho es paralelo al declive de la función materno-paterna, es decir, una madre sobreprotectora y un padre pusilánime o carente de autoridad. Hemos pasado en la mayoría de los casos de un extremo al otro, esto es, de padres muy autoritarios u opresores a padres inexistentes, ausentes, confusos y desorientados a la hora de marcar unos mínimos límites necesarios, de aplicar las normas, incluido el castigo. Una de las consecuencias más sobresalientes de la actual tendencia al repudio de los límites y al ejercicio de no mantenerlos e incluso evitarlos, es la baja tolerancia a la frustración. En este sentido seguimos encontrando importante el tiempo psicológico de la espera, el cual choca frontalmente contra la tendencia a la inmediatez. Por tanto no es extraño echar de menos en los discursos un estilo que incluya no sólo el momento del hacer o del funcionar de continuo, sino también el momento de comprender. Esto es precisamente lo que el psicoanalista Ramón Ubieta define como “la importancia de la función psicológica de la espera”, que está relacionada, entre otras cosas, con el momento de comprender.

19.2. EL MALESTAR Y LA RESPONSABILIDAD

Que un paciente llegue a la consulta solicitando una receta farmacológica o psicológica que le proporcione una solución más o menos

inmediata a su problema, está dentro de los lógicos parámetros de la clínica. Pero lo diferente y sintomático hoy día y lo que nos encontramos con mayor frecuencia es que el paciente no se siente *responsable* de lo que le ocurre en relación a su malestar. El dolor emocional no suele ser asumido como responsabilidad propia, sino como algo que se externaliza en los otros, que se atribuye por ejemplo a la sociedad, a la educación, a la familia, a la pareja e, incluso, a la biología y la genética; algo, en resumidas cuentas, que no se acepta como propio. “¡No tiene nada que ver conmigo!”, escuchamos decir en ocasiones. Ante la clásica pregunta freudiana en desuso: “¿Y usted qué tiene que ver en todo esto?”, la respuesta es un prolongado silencio en el mejor de los casos. En cuanto a estos cambios, el antropólogo Paul Rabinow (2006), en un artículo publicado en “*The New York Times*”, apunta que “la vieja visión liberal del mundo de que todo es una cuestión de fuerza de voluntad sigue muy presente en Estados Unidos, pero la genética se ha convertido en una fuerte contracorriente”. La responsabilidad, ya sea del problema o malestar en sí como de la solución del mismo, es ubicada en el clínico. Es, pues, trabajo y responsabilidad del terapeuta aliviar o curar esa molestia; es, por consiguiente, al experto a quien le es confiado ese supuesto “saber y deber”. Como afirma José M^a Álvarez (2006), “ese hurto de la responsabilidad, ese empeño en disociar el *pathos* y el *ethos* de los antiguos, culminó en un nihilismo terapéutico tanto más recalcitrante cuanto que se privó al propio sujeto de hacerse cargo de inventar alguna solución para su desdicha”. La responsabilidad del malestar puede derivar también a una nueva alienación que nos trae a la memoria “el mundo feliz” de Aldous Huxley (1932), o la espeluznante obligación de ingerir *soma* expuesta en la novela “1984”, de George Orwell. Que la dolencia sea atribuida a lo biológico supone un bálsamo en forma de sedativo para muchas personas, ya que no tienen que buscar ni sortear en su interior ni en lo que les rodea solución alguna, viéndose libres de interpelar a su familia o de ser creativos, emancipados de tener que procurarse recursos por sí mismos, pero, eso sí, con pleno derecho de exigirle al clínico: “Déme usted una solución”. Esta es otra de las características del hombre actual.

En la otra cara de la moneda se hallan aquellos para quienes el atribuir su malestar a la herencia o la biología supone una verdadera tortura, puesto que entonces exiguas son sus posibilidades de hacer

frente al problema, percibiendo así en ellos una falta de control sobre quienes les rodean y quedando su voluntad, si es que la tuvieron alguna vez, a merced del recuerdo. Sin embargo y paradójicamente, la felicidad sí es entendida como una responsabilidad de las personas; sí tiene que ver con ellos mismos. De modo que podemos encontrarnos personas que, comúnmente, no se responsabilicen de sus quejas, indiferentes a la obligación de explorar o aceptar su dolor, aunque sí asuman como una responsabilidad, incluso una obligación en forma de imperativo, el ser felices. En este sentido el clínico, el trabajador social podrán detectar algunos signos y síntomas comunes en un grupo de personas que padecen un malestar común; podrán abstraer ese grupo de la realidad social y conferirles un nuevo nombre, al tiempo que estarán en disposición de otorgar una identidad, una forma y un estilo a ese nuevo colectivo que evidencia unas necesidades y unas quejas precisas, un grupo que siente vivamente sus carencias ante lo homogéneo. Esta compleja secuencia de creación no tiene por qué basarse en premisas verdaderas, ni tampoco tiene por qué ser cierta. Si los supuestos pacientes afectados o colectivos, marginados de mil y una formas, aceptan esta nueva insignia o diagnóstico, aceptarán también ocupar su correspondiente lugar, su ubicación, primero dentro del discurso sanitario o social y luego dentro de la sociedad en su conjunto. La sociedad pronto adjudicará determinadas creencias a ese nuevo segmento de su organismo, aceptando un nuevo diagnóstico con relación a un nuevo grupo social. Creencias que, por otro lado, después serán difíciles de modificar.

El cambio social actual nos muestra que la responsabilidad de las personas ha terminado en gran medida siendo una responsabilidad del sistema, y si aceptamos y penetramos en la lógica de los sistemas, el último escalón de los subsistemas es el Estado. La responsabilidad personal recae en manos del sistema social, ya que es éste quien se siente en la obligación de cambiar y asistir a las personas, quien las influye y moldea. El sistema y lo circular de las relaciones que se establecen pueden influenciar profundamente a las personas, de manera que su responsabilidad se vea disminuida de forma tal que ellas ya no sean capaces de acudir a sí mismas o ambicionen actuar gobernándose a sí mismas, sino que, por el contrario, busquen socorro en ese otro nivel superior responsable de haberlas moldeado e influenciado previamente. Esto hace que se vivencie la capacidad de deci-

sión de las personas como menor, síntoma que constituye otra de las paradojas actuales, pues las personas se ven insertas en un escenario donde tomar multitud de decisiones pero ninguna de ellas en relación a su malestar. Así parece fácil responsabilizar a otros de nuestra queja. El resultado de todo esto es una larga lista de personas y nuevos colectivos “afectados” que hacen responsables, tanto de sus quejas como de la solución económica de sus problemas, a otras personas del entorno y por extensión al sistema en sí mismo.

19.3. EL ESTADO DE BIENESTAR Y LA FELICIDAD

Después de varias guerras mundiales con sus largas posguerras, las cotas de maldad conquistadas por el ser humano parecen difícilmente superables, haciéndose imperioso que la humanidad se enfrente a un extenso replanteamiento, que se avenga a una búsqueda de su esencia que habrá de pasar por el punto álgido del existencialismo y otras versiones de pensamiento, en principio más optimistas y solidarias. La psicología comienza a replantearse lo reduccionista que se muestra el hecho de centrarse únicamente en la psicopatología del ser humano, en curar únicamente las heridas o remendar los defectos, lo cual, según Beatriz Vera (2006), “ha llegado a identificar y casi a confundir la psicología con la psicopatología y la psicoterapia”. No obstante, surgen felizmente escuelas con enfoques positivos, orientadas mayormente hacia la procura de la felicidad. Así el Humanismo, que nos recordó que las personas somos para el encuentro y la unión. O la Escuela de Ginebra, que volvió a replantear los valores universales. Las teorías del apego, por su parte, renovaron la idea de la vinculación, la razón moral, la empatía. Incluso la etología, con sus “recursos afectivos”, puso su granito de arena en esta reconstrucción. Paralelamente a todo ello, el capitalismo va erigiendo confianzadamente el Estado de Bienestar. La psicología, en parte identificada en masa con lo numérico, estadístico y genético de la mente se somete al discurso de lo rentable de los tratamientos y se aleja de la universal filosofía. Poco a poco, ante la complejidad de los sistemas, se van reduciendo las apuestas por el cambio social y aumentando las apuestas por el cómo acomodarse mejor al medio. Se crean, en definitiva, modelos para adaptarse mejor al propio sistema.

Empero, encontramos un nuevo matiz a destacar, fenómeno surgido estas últimas décadas. Se trata de que la felicidad es considerada un derecho, y, en ocasiones, un derecho un tanto idílico. Una obligación sistemática lejos de lo que nos proponen autores humanistas de la talla de Seligman (2002) en su obra *Authentic happiness*. Ya no es sólo cuestión de calidad de vida o de estar bien sin más. La lógica tendencia de todas las personas a la búsqueda del “sentirse bien” ha encontrado la horma de su zapato en la lógica circular del capitalismo. Todo un exceso de autoestima generalizada. El capitalismo carente de límites, se va hermanando con formas determinadas, bien sean las normas cívicas o la burocracia, que lo hacen subsistir; los liderazgos en cuanto tales pasan a ser sustituidos por sistemas de calidad, pautas que suplantán esa ausencia de autoridad. El mundo de plazos y el ciclo de normativas se suceden instituyendo la repetición. “Si la histérica contestaba al amo en posición de saber, ahora es lo real lo que viene como respuesta al amo en posición protocolaria, ya que los protocolos son el nombre de la rutinización, o sea, el empuje hacia la repetición”, opina Manuel Fernández Blanco (2006).

El capitalismo imprime un plus a esta lógica gestión de bienestar. Nuestra cultura occidental impone un empuje extra a la tendencia natural de las personas a procurarse ese bienestar, agrandándose en nuestros días tal efecto como idea irracional que no tiene límites, o que, según los cognitivistas, carece de fin; una especie de perenne pretensión o de íntima plegaria que no alcanza a ser atendida. Igual que el burro porfía detrás de la zanahoria, viendo su deseo aumentado a cada paso sin poder llegar nunca a verlo cumplido, así se arrastra el hombre tras la quimera de una continua y deleitosa armonía del disfrute.

El psicoanalista Borderías nos recuerda que, “sin duda, el de las adicciones es un síntoma acorde con la época, un síntoma acorde con el repudio de la castración propio del discurso capitalista y de la exigencia del derecho al goce”. El lema “todo es posible” choca frontalmente con los límites, límites que entorpecen o estorban el curso de nuestro modo de vida. Un imperativo éste que genera tarde o temprano “angustia, depresiones y signos en el cuerpo”, puesto que tarde o temprano nos habremos de topar con los límites trazados, con, digamos, el jefe en la oficina, con el muro de piedra, con el obstáculo insalvable, con lo imposible, con los variados conflictos en el

trabajo, con la asfixia que produce la dificultad de conciliar lo laboral con las labores del hogar y los hijos.

Este empuje extra, este plus, amplía en forma de imperativo ciertas tendencias naturales de las personas que acaban generando consecuencias tales como agruparse, en tanto en cuanto disfrutamos como grupo de “algo”, pongamos de una actividad cualquiera. Cobran entonces menor importancia las vinculaciones que nacen a partir de los ideales, de los valores o los dogmas. El hecho de que esto sea problemático, extraño incluso, hace difícil situarse individualmente ante el mundo e insertarse en un discurso invariable, puesto que aquél es cambiante. Este cambio constante del mundo tiene a su vez como resultado el invitarnos a estar evaluándolo todo inacabadamente. Ante estas transformaciones o cambios, las personas se decantan por utilizar lugares y posiciones más individuales en cuanto al disfrute del placer, de lo que resultan personas más relativistas, más pragmáticas, con más información pero ésta mucho menos procesada. Lo individual pasa a ser un refugio particular donde se busca ser impermeable y donde se aspira a no caer en la fatiga ni en el malestar frente a esa sucesión continua de situaciones o realidades nuevas. Pero, a su vez, no deja de ser complicado desvincularse totalmente de lo social, propiciando así la paradoja de un ser desvinculado y vinculado al mismo tiempo a cuanto le rodea, un ser escindido y abocado a una especie de vida paralela, repartido en dos posturas fragmentadas pero coexistentes. Un ser que no puede evitar sentirse testigo de dos tiempos insertos en sendas lógicas diferentes.

Esta búsqueda de la felicidad como imperativo nos hace vulnerables en el sentido de que las personas hemos pasado a tener un estilo de vida que evita cualquier frustración a modo de fobia y a procurar además nuestra felicidad única buscando caminos que arrastran forzosamente a la individualización. Hemos pasado de la antigua ceremonia colectiva, en la que uno de sus fines era compartir unos bienes escasos en la celebración, en el rito ejecutado en aras de un dogma o ideal común, al homenaje particular y la abundancia individual por obra y gracia del Estado de Bienestar.

Según Bruckner (1996), “el hombre actual del capitalismo tardío es consumista, multiculturalista, victimista e infantilizado”. Para Lasch (1999), la salud mental positiva y la búsqueda de un continuo estado psicológico ausente de malestar [...] parece ser inversamente propor-

cional a la calidad de vida moderna. Somos testigos de una época en que se hace obligado evitar cualquier “límite” que impida alcanzar ese estado de felicidad, pues el bienestar es sentido irrefrenablemente como una obligación que atender. Asistimos, como afirma el psicoanalista Ramón Ubieto (2005), al “intento de suprimir todo riesgo en la vida con los cantos a todo tipo de prevención para intentar que nunca nada sea traumático”. ¡Incluso hablamos de guerras preventivas! Antes bien, una adecuada prevención pasaría por ubicar la responsabilidad en el lugar adecuado. Hubo un tiempo en que se diseñaban y planeaban objetivos con vistas a promover el trabajo y cubrir las necesidades; ahora mismo, hasta ciudades enteras se diseñan únicamente para ser disfrutadas y disfrutar en ellas.

La felicidad como algo dominante se esboza como incuestionable, y, “si no se logra, se vive como un fracaso, un imperativo que produce desastres”, Manuel Fernández Blanco (2006). A esto debemos añadir que el hombre actual también se topa en ocasiones con nudos insolubles en cuanto a la vivencia de esos derechos, plantándole el arduo debate sobre cuál de ellos es el principal. La vivencia de estos derechos se puede manifestar de múltiples formas. Por ejemplo, hace poco, algunos adolescentes exigieron su derecho a beber y disfrutar en las plazas y parques de muchas localidades, mientras los vecinos por su parte se quejaban de los ruidos y las peleas que tal disfrute generaba. No responsabilizarse del malestar es evitar una parte de uno mismo, y semejante desfragmentación nos desorienta y, paradójicamente, nos hace frágiles, quebradizos, vulnerables. Por otra parte, la felicidad también supone responsabilizarse de ese malestar, es decir, supone tener que aprender a controlar la ansiedad, que sin duda alguna tiene que ver más con la integración emocional en todas sus vertientes que con evitar simplemente dicho malestar. Supone, en suma, responsabilizarse de lo bueno y de lo malo. Buscar cuál es la parte de compromiso que uno pueda haber contraído en tal o cual situación. Uno deja de ser víctima cuando comienza a responsabilizarse de su propia vida y, como consecuencia, comienza a generar control y competencia por uno mismo.

Para finalizar, toda una declaración de principios de Jacques-Alain Miller (2006), con quien, por lo demás, estamos completamente de acuerdo: “Como puede observarse, dejo fuera de las tareas del Gabinete la obligación de ser feliz, el uso de la palabra en tono impe-

rativo, la tendencia a la objetivación del sufrimiento [...] y le abro la puerta a lo humano y a lo personal.”

En conclusión, afirmamos que el consumismo capitalista, la competitividad salvaje, la exigencia en el rendimiento, el malestar personal y social, la responsabilidad impersonal y del sistema, el presuntamente idílico Estado de Bienestar y la felicidad a ultranza constituyen todas ellas características propicias y fortalecedoras de abusos, dependencias y adicciones, concepto que hemos intentado plasmar a lo largo de estas páginas, y que sólo de la mano de la creatividad biológica, de lo humano y de lo interpersonal compartido podremos prevenir y dar sentido al sinsentido de las adicciones. Acaso no es fortuito que aún hoy se nos siga planteando la misma pregunta que se hacía Ortega y Gasset en su extraordinario libro *La rebelión de las masas* hace ya sesenta y nueve años: “¿Podrían las masas, aunque quisieran, despertar a la vida personal? Porque es pura inercia mental del *progresismo* suponer que conforme avanza la historia crece la holgura que se concede al hombre para poder ser individuo personal, como creía el honrado ingeniero, pero nulo historiador Herbert Spencer. No; la historia está llena de retrocesos en este orden, y acaso la estructura de la vida en nuestra época impide superlativamente que el hombre pueda vivir como persona”, Ortega y Gasset (1937).

EPÍLOGO

La Humanidad, desde sus orígenes nómadas y tribales hasta que se constituyó en sociedades más o menos civilizadas, ha estado impregnada de ritos de todo tipo.

Desde sus comienzos, las grandes religiones monoteístas estuvieron cargadas de rituales, y sus creyentes, como signo de pertenencia, repiten todavía hoy una y otra vez los mismos signos asociados a fiestas y acontecimientos señalados. Los ritos forman parte de la idiosincrasia de los pueblos, basta para comprobarlo con ir a un estadio de fútbol o a una carrera de caballos o de fórmula uno o asistir al multitudinario macroconcierto de un cantante o un conjunto de moda, etcétera. Nuestra sociedad está impregnada de ritualización, y dicha ritualización forma la impronta, como diría K. Lorenz, con la que el individuo se reviste, desde muy pronto, a través de la educación y del contexto social donde vive.

¿Son las adicciones una forma más de dicha ritualización? ¿Son su manifestación más trágica? La sociedad necesita ritualizar sus relaciones. Los seres humanos necesitamos agarrarnos a los ritos para sentirnos más o menos protegidos.

Decía Lao Tse en ese magnífico libro del *Tao Te King* que cuando el hombre pierde el Tao recurre a la Virtud, cuando pierde ésta recurre a la compasión, cuando la pierde la compasión recurre a la moral, y cuando pierde la moral, recurre al ritual, que es el principio de toda la confusión y el desorden.

Al explorar y diagnosticar las nuevas adicciones hemos podido constatar el desorden y la confusión en que viven las personas adictas. Y no se trata de algo superficial, sino de algo muy profundo y frustrante que angustia sus vidas, como si ante tanto dolor y sufrimiento el ser humano necesitara protegerse como solución o ruptura y crear una suave película que, de algún modo, aliviara sus penas. Y lo que suele suceder es precisamente lo contrario, que cuanto más intenta protegerse, más angustia se produce.

La experiencia nos enseña que la confusión y el desorden son características, entre otras, de todas las adicciones, tanto de las nuevas como de las llamadas tradicionales, y que, por tanto, se nos hace difícil admitir sin más el término de adicciones nuevas para designarlas. Más bien nos parece que son los rituales adictivos externos, los contextos los que cambian pero que, en el fondo, es la misma sintomatología adictiva la que envuelve en sus enmarañadas redes a la persona adicta. Una secuencia con diferentes máscaras que ocultan un mismo rostro. Y que para salir de ahí las personas necesitan algo más que tratamientos farmacológicos, es decir necesitan tratamientos psicoterapéuticos integradores que abarquen tanto lo farmacológico como lo psicológico, lo familiar y lo social como un todo orquestado vinculado a la batuta del tratamiento grupal e individualizado.

Manifestamos abiertamente que muchas veces los tratamientos pasan por alto cuestiones tan importantes como el trabajo emocional y la sexualidad, temas claramente asociados a las adicciones. Finalmente, concluimos que la gravedad de las nuevas adicciones es, por lo general, de menor intensidad, pues se dan, en nuestra opinión, muchos más casos de abuso que de adicción. Por otra parte, en el campo de las nuevas tecnologías encontramos una curiosa novedad, que las personas se enganchan a múltiples objetos, lo que podríamos denominar una “poli-adicción”.

Constatamos con preocupación que nuestra sociedad neoliberal capitalista facilita este tipo de adicciones.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1910-1972). *Diccionario de conceptos y términos y personalidades en psicoanálisis*.
- Adès, J., Lejoyeux, M. (2001). *Las nuevas adicciones. Internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero*. Barcelona: Kairós.
- Adúriz, F. (2000). Tiempos modernos y niños hiperactivos. *Cuadernos de psicoanálisis de Castilla y León*. Nº 3. Palencia: GEP-CL.
- Alonso, F. (2002). Músculos a toda pastilla. *ABC Los Domingos*. Número 160-6 de octubre., pp. 1-4 Madrid.
- Alonso, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: Tea.
- Álvarez, J., Esteban, R., Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.
- Álvarez, J. (2003). La enfermedad de los diagnósticos. *Cuadernos de Psicoanálisis de Castilla y León*., pp. 35-50. Nº 7. Palencia: Edita GEPCL.
- Álvarez, J. (2006). Psicoanálisis y psicopatología. *Revista Análisis*. Nº 11-12. Abril., pp. 21-28. Palencia: GEP-CL.
- Ajupareva. (1992). *El juego de azar patología y testimonio*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Bienestar.
- Anderson. (1990) en Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Armstrong, L., Phillips, J., Saling, L. (2000). Potential determinants of heavier internet usage. *International Journal of Human-Computer Studies*, 53., pp. 537-550.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Arheim, R. (1993). *Consideraciones sobre la educación artística*. Madrid: Paidós.
- Aviel, G. (1993). Matirial Therapy. *Journal of sex*. Vol. 19, Nº 3.
- Baldaro, B., y Col. (2006). Aggressive and non violent videogames. Short-term psychological and cardiovascular effects on habitual players. *Journal, Wiley InterScience*.
- Baudrillard, J. (1996). Baudrillard in the new technologies: An interview with Claude Thibaut. *March 6, 96 cybersphere 9: Philosophy*.
- Barron, (1995) en Belver, M. (1989). *Psicología del arte y criterio estético*. Salamanca: Amarú.
- Becoña, (1994) en Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1994). *Manual de psicopatología*. Vol. 1 Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. (1997). *Psicopatología y Tratamiento de las Adicciones*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Becoña, 1993; Ochoa y Labrador, 1994; Rodríguez Martos, 1987, en Becoña, E. (1998). *Psicopatología y tratamiento de las adicciones*. Colección de cursos de postgrado en psicopatología y salud. Madrid. Universidad nacional de educación a distancia.
- Becoña, E. (2000). *Psicopatología y tratamiento de las adicciones*. Madrid: Universidad nacional de educación a distancia. UNED.
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1994). *Manual de psicopatología*. Vol. 1 Madrid: McGraw-Hill.
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1994). *Manual de psicopatología*, Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill.
- Belver, M. (1989). *Psicología del arte y criterio estético*. Salamanca: Amarú.
- Bergler, E. (1957). *The psychology of gambling*. Nueva York: Hilland Wang.
- Black, Col. (1999). Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of live in persons reporting compulsive computer use behaviour. *Journal clinical psychiatry*. 60., pp. 839-844.

-
- Borderías, A. (2000). Acting-out y Veleugnug: una contribución a la clínica de las adicciones. *Cuadernos de psicoanálisis de Castilla y León*. Nº 3. Palencia: GEPCL.
 - Borderías, A. (2003 Enero). Extraído el 17 de junio de 2004 de la dirección: Grupo de Estudios Psicoanalíticos de Castilla y León. www.gepcl.com
 - Borderías, A. (2005). *El trabajo del GIT* (Grupo de Investigación de Toxicomanías), Madrid: Edita Nucep.
 - Bruckner, P. (1996). Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del psicólogo*. Vol. 27(2)., pp. 104-115.
 - Byron, L. (1994). *Don Juan T. I.* Cátedra.
 - Carnes, J. (1983). *Out of Shadows, understanding, Sexual Adiction*, Minneapolis: Ed CompCare Publishers.
 - Carnes, P. J, Murray, R. E., Charpentier, L. (2004). Addiction Interaction Disorder. *Handbook of Addictive Disorders. A Practical Guide to Diagnosis and Treatment*, Edit. by Robert Holman Coombs, John Wiley & Sons, Hoboken, N.J.
 - Carnes, P. J, Murray, R. E., Charpentier, L. (2005). Bargains with Chaos: Sex Addicts and Addiction Interaction Disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*. Vol. 12., pp. 2-3.
 - Carrión, L., Collado, C., Lairisa, R., Pascual, A., Polo, L.I. (1994). El recurso a la droga en la diversidad clínica. *Freudiana*, Nº 12. Barcelona: Edita Escuela Europea de Psicoanálisis. Cataluña. Comunicación presentada en las Jornadas del Instituto del Campo Freudiano. “Alcoholisme et toxicomanie, de la monotonie a la diversité”. París, 15 de Julio de 1994.
 - Catina, A. (1976). Appreciative style and art perception: II. *Revista de Psicologia*, Vol. 22(4)., pp. 395-403.
 - CETRAS. Centro de Tratamiento de Adicciones Sociales. (2000). *Memoria de Ajupareva*. Valladolid: Cetras.
 - Christenson, G., y Col. (1994). Compulsive buying: descriptive characteristics and Psychiatric comorbidity. *J. Clinic Psychiatry*, 55: 1., pp. 5-11.
 - Chesterton, G. (2003). *El hombre que fue jueves*. Madrid: El País. Clásicos del siglo XXI.
 - Custer, B. (1987) en Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*, Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill.
 - Custer, B. (1984). Profile and pathological gambler. *Journal of clinical Psychiatry*, 45., pp. 35-38.
 - Cuna, F. (2000, 4 de marzo). 200000 internautas son adictos al sexo cibernético en EEUU., pp. 60. *Diario El Mundo*.
 - Cozan, P. (1996). ¿Sociedad consumista o comprista? Extraído en la biblioteca de red psicología en: Word Wide Web el 02-03-2003 <http://galeon.hispavista.com/pcazau/>
 - Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive sexual behaviour? *Psychiatric Annals*, 22 (6)., pp. 320-325.
 - Comas, D. (2006). *Comunidades Terapéuticas en España una propuesta funcional*. Madrid: La Fundación Atenea Grupo GID.
 - Csikszentmihalyi, M. (1990). *Fluir una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
 - Di Ciaccia, A. (1987). Nota sobre el niño y la psicosis en Lacan. *El Analicón*, op. Cit., pp. 79.
 - Dickerson, M., Weeks, D. (1979). Controlled gambling as a Therapeutic technique for compulsive gamblers. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 10., pp. 139-141.
 - DSM IV. (1997). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S. A.
 - D’Zurilla, T., Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. *Advances in cognitive-behavioral Reserch and therapy*, Vol. 1., pp. 201 279 Nueva York: academic press.
 - Echeburúa, E. (2003). Juego patológico y adicciones sin drogas: tratamiento. *Revista Proyecto*. Nº 44., pp. 13-16 Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
 - Echeburúa, E. (2000). *Adicciones sin drogas, ¿las nuevas adicciones? Sexo, trabajo, compras*, Colección preguntas.
 - Efran., Heffner, (1987) en Neimeyer, R., Mahoney, M. compiladores. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
 - Escohotado, A. (2001). *Historia General de las drogas*. Madrid: Espasa Calpe.

- Earle, R., Earle, R., Osborn, K. (1995). *Sex addiction: case studies and management*. New York: Brunner/Mazel.
- Esqué, X. II Stage de Formación Permanente. Título: *adicciones ¿de que somos responsables? Permisividad o represión*. Barcelona: Sitges Instituto del Campo Freudiano.
- Fernández, A. (1984). *Psicopatología y creatividad*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Fernández, A. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: Tea.
- Fernández, M. (2003, Marzo). Título: *Psicoanálisis y evaluación*. Extraído de la dirección: www.lavozdeg Galicia.es La voz de Galicia.
- Fernández, M. (2005). *¿Cuál es el lugar de la interpretación?* Conferencia dentro del Espacio Instituto del Campo Freudiano en Castilla y León. Palencia.
- Fernández, M. (2006, 24 de Marzo). "*Toxicomanías; Adicciones y Psicoanálisis*". Conferencia en la Fundación Díaz Caneja. Palencia.
- Fernández, M. (2006). *La ELP y la utilidad pública del psicoanálisis*. Intervención en el Plenario del V Congreso de la Asociación Mundial del Psicoanálisis celebrado en Roma en Julio de 2006. En www.blogelp.com
- Foucault, M. (1961; 5ª ED. modificada: 2000). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1979). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- Fuentes, J., Sanz, O., Gándara, J. (1999). *Adicciones sin drogas. Hábitos o enfermedades*. Madrid: Agencia Antidroga Comunidad de Madrid.
- Freud, S. (1981). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Furnham, A. (1988). Personality and art preferences. *European Journal of Personality*, Vol. 2 (1),.
- Furnham, A. (2001). Personality and judgments of abstract, pop art, and representational paintings. *European Journal of Personality*, Vol. 15(1),. pp. 57-72.
- Gaboury y Ladouceur, (1989) en Becoña, E. (1998). *Psicopatología y tratamiento de las adicciones*. Colección de cursos de postgrado en psicopatología y salud. Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Gallardo, A. (2006, Miércoles 12 de julio). Alerta ante el consumo abusivo y lúdico de fármacos legales. *El Periódico*, pp, 31.
- Gándara, J. (1996). *Comprar por comprar*. Madrid: Cauce editorial.
- Garden, A. (1989). Burnout: the effect of psychological type or research finding. *Journal occupational Psychology*. 62., pp, 223-234.
- Goldberg, I. (1996). Internet addiction disorder [<http://www.cog.brown.edu>]
- González, (1989), en Montalvo, J., Echeburúa, E. (1996). *Manual práctico juego patológico ayuda al paciente. Guía para el terapeuta*. Madrid: Psicología Pirámide.
- González, E. (1999). El final de la histeria. *Revista Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XIX, Nº 71., pp, 421-435.
- Goodman. A. (1993). Diagnóstico y tratamiento de la adicción sexual, *Journal of Sex and Marital Therapy*. Vol.19. Nº 3 Otoño (traducido al español por el Dr. José Díaz Morfa).
- Gordo, A., Megías, I. (2006). *Jóvenes y cultura Messenger*. Madrid: FAD. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. INJUVE.
- Gossop, (1984) en Graña, J. (Coord.) (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ed debate.
- Graña, J. (Coord.) (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ed Debate.
- Greenberg, L., Paivino, S. (1999). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, L. (2003). *Emociones: Una Guía Interna*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Greenwald, G. (1982). Ego task analysis: An Integration of research on ego-involvement and self awareness. *Cognitive Social Psychology*, pp,109-47. New York.
- Griffiths, M. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76., pp, 14-19.
- Gurméndez, C. (1994). *Sentimientos básicos de la vida humana*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Higuera, A., Jiménez, R., López, J. (1980. 2ª ed.). *Compendio de psicopatología*. Jaén: Centro de estudios psicopatológicos.

-
- Hodgson., Budd., Griffiths, (2000) en Fernández, A. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: Tea.
 - Holmes., Kaplan., Gantz. (1988). Chronic fatigue síndrome: A working case definition. *Ann Intern, Med.* 108., pp, 387-389.
 - Holmes, T., Rahe, R. (1976). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic Research*, 11., pp, 213-218.
 - Jacobson, N. (1929). *Progressive Relaxation*. Chicago University of Chicago press. Chicago.
 - Jansà, J., Cubero, P., Barranco, M. (1995). Sectas y psiquiatría. Trastornos de dependencia grupal en los grupos coercitivos. *Educación médica continuada en psiquiatría.*, pp, 10-15. Barcelona.
 - Jamison, K. (1972). A note on the relationship between extraversion and aesthetic preferences. *Journal of General Psychology*, Vol. 87(2), pp. 301-302.
 - Jáuregui, I. (2002). Reflexiones sobre el contexto de la modernidad en relación con el surgimiento de las adicciones como un problema social. *Revista Española de drogodependencias* Vol. 27., pp, 87, 96. Ed AESED.
 - Jeammet, P. (1998). Violencia y narcisismo. *Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes*. Nº 11., pp, 54-61. Buenos Aires.
 - Jervis, G. (1979-2ª ed.). *Manual crítico de Psiquiatría*. Barcelona: Anagrama.
 - Kaplan, H. (1982). *Trastornos del deseo sexual. Nuevas ideas y técnica en terapia sexual*. Barcelona: Ed. Grijalbo.
 - Kaunt, R y Col. (1998). Internet Paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being. *APA September 1998* Vol. 53, Nº 9., pp, 1017 –1031.
 - Katzenbech, J., Douglas, K. (1993). La disciplina de equipo.
 - Kierkegaard, S. (1984). *El concepto de la angustia*. Barcelona: Ediciones Orbis.
 - Killinger, B. (1993). *La adicción al trabajo, una dependencia respetable*. Guía para la familia. Barcelona. Paidós.
 - Kloss, M. (1971). Abstract art preferences and temperament traits: A study in the psychology of aesthetics: *Journal of Personality Assessment*, Vol. 35(4), pp. 375-378.
 - Knapp, R., Wesleyan, U., Green, S. (1960). Preferences for styles of abstract art and their personality correlates: *Journal of Projective Techniques*, 24., pp. 396-402.
 - Koyré, A. La función política de la mentira moderna. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Edita Asociación Española de Neuropsiquiatría.
 - Kusysya, (1978) en Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*, Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill.
 - La compra compulsiva: quién la padece y por qué. *Instituto superior de estudios psicológicos*. Extraído el 02-03-03 en Word Wide Web: www.isep.es/cas/
 - Lasch, C. (1999). *La cultura del narcisismo*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
 - Langer, E. (1975). The illusion of control. *Journal of personality and social psychology*. 32, 311-328.
 - Laurent, D. (2004, Marzo). París. Extraído el 17 de junio de 2004 de la dirección: www.gepcl.com Grupo de Estudios Psicoanalíticos de Castilla y León.
 - Lazarus, D., (1985). *Mitos Maritales*. Buenos Aires: Ed. IPPEM.
 - Lazarus., Folkman, (1984) en Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1994). *Manual de psicopatología*. Vol. 1 Madrid: McGraw-Hill.
 - Leader, D., Groves, J. (1995). *Lacan para principiantes*. Buenos Aires: ERA naciente SRL.
 - Lejoyeux, M y Col. (1995). Compulsive buying and depression. *Journal of clinical psychiatry* 56:1 January.
 - Lesieur, H. (1984). *The case: The compulsive gambler*. Cambridge, MA: Schenkman Publishing Company, INC.
 - Leroux, M., Adès, J. (2003). *Las nuevas adicciones. Internet, sexo, deporte, compras, dinero*. Barcelona: Kairós.
 - Lindauer, M. (1970). Psychological aspects of form perception in abstract art. *Sciences de l'Art*, Vol. 7(1-2), pp. 19-24.
 - Lindauer, M. (1975). Contrast effects in the response to art.: *Perceptual & Motor Skills*, Vol. 40(1), pp. 155-164.

-
- Lindauer, M. (1987). Perceived and preferred orientations of abstract art. *Empirical Studies of the Arts*, Vol. 5(1), pp. 47-58.
- Locos por comprar. (22-diciembre-2003). *El mundo, suplemento de salud* 133. Extraído el 03-02-03 del World Wide Web: www. El-mundo/salud
- Luisado y Poltard, (1992) en Vallejo-Nájera, J. (1992). *Guía práctica de psicología*. Madrid: Temas de hoy.
- Mansilla, F. (2003). El síndrome de la Fatiga Crónica: del modelo de susceptibilidad de la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral. *Revista Española de Neuropsiquiatría*. Nº 86., pp. 2186-2198. Madrid: AEN.
- Manson, (1975) en Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Manuel, G., Marc, V., M^o José, F., María, A. (2002). Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet. *Anales de la psicología*. Vol. 18. Nº 2.
- Marañón, (1992) en Vallejo-Nájera, J. (1992). *Guía práctica de psicología*. Madrid: Temas de hoy.
- Marías, J. (1989). *Todas las almas*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Marina, J. (1992). *Elogio y refutación del ingenio*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Martín, C. (2003). Aspectos psicológicos de la agresividad sus fuentes y salidas. *Cuadernos de psicoanálisis de Castilla y León*. Nº 1., pp. 117-120. Palencia: Grupo Estudios Psicoanalíticos de Castilla y León.
- Martín, I. (1976). *Rasgos aperceptivos de la personalidad creadora a través de los test de Warter y Rorschach*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca (UPS).
- Martínez, G. Infocop. La eficacia de los tratamientos psicológicos, *Los Papeles del Psicólogo*, pp. 86. Ed Colegio Oficial de psicólogos.
- Marty, G. (1999). *Psicología del Arte*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Master, V., Johnson, R., Kolodny, E. (1992). *La Sexualidad Humana*. Barcelona. Grijalbo.
- Matey, P. (2000 Año IX número 414). Un antidepresivo puede ser eficaz en la terapia de los compradores compulsivos. *Salud. El mundo*, pp. 12.
- Maturana y Varela, (1998) en Neimeyer, R., Mahoney, M. (Coord.) (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- McCormic y Taber, (1978) en Becoña, E. (1998). *Psicopatología y tratamiento de las adicciones*. Colección de cursos de postgrado en psicopatología y salud. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- McClelland, D. (1962). Business Drive and National Archievement. *Harvard Business Review*.
- McDougall. (1992). *Teatros de la mente*. Madrid: Tecn.
- McElroy, S. (1994). Compulsive buying: a report of 20 cases. *J. Clinic. Psychiatry*. 55., pp. 242-248.
- Melody, P. (1997). *Adictos al amor*. Barcelona: Obelisco.
- Milan, K. (1994). *El libro de los amores ridículos*. Barcelona: Editorial Tusquets.
- Miller, J. (2004). Una fantasía. Conferencia en Comandatua. *IV Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis*. Comandatua Bahía Brasil.
- Miller y Rollnick. (1999). *La Entrevista Motivacional*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Millon y col, (1998). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Masson.
- Minuchin, S., Fishman, C. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moliere. (1998). *Don Juan. El Avaro*. Espasa Calpe.
- Molina, T. (1998, 9ª). *El burlador de Sevilla*. Cátedra.
- Morris, D. (2005). *La mujer desnuda*. Barcelona: Ed. Planeta.
- Mosterín, J. (2003). La insuficiencia de los paradigmas metafóricos. *Revista Española de Neuropsiquiatría*. Nº 85, pp., 2072 Año XXIII. Ed AEN.
- Montalvo, J., Echeburúa, E. (1996). *Manual práctico juego patológico ayuda al paciente. Guía para el terapeuta*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Naranjo, J. (2006). La psicología de las masas, a la luz del siglo XXI. *Revista Freudiana*. Nº 46, pp., 27-37. Barcelona: Edita. Escuela Lacaniana de psicoanálisis.
- Navajits, Z. (2001). Helping “difficult” patients. *Psych. Research*, 11., pp. 131-152.

- Neimeyer, R., Mahoney, M. (Coord.) (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Norwood, R. (1986). *Las mujeres que aman demasiado*. Buenos Aires: Vergara.
- O'Brien, Ch. P., Volkow, N., Li, T-K. (2006). What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 163(5), pp, 764-765.
- Ochoa, E., Labrador, F. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.
- OEDT. (2004). Informe Anual, el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- OEDT. (2005). Informe Anual, el estado del problema de las drogas en Europa. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- OEDT (2006). *Informe Anual el estado del problema de las drogas en Europa*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- Offit, A. (1979). *El yo sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- Olds, J. (1955). Psychological mechanisms of reward. Nevada: *Symposium on motivation* 3., pp, 73-138.
- Ortega y Gasset, J., y Col. (1937). *La rebelión de las masas*. Madrid: Austral. Espasa Calpe.
- Ortega y Gasset, J. (1976). *La deshumanización del arte y otros ensayos de estética*. Madrid: El arquero.
- Osborne, J. (1970). The relationship between aesthetic preference and visual complexity in abstract art. *Psychonomic Science*, 19(2), pp. 69-70.
- Pasini, W. (2005). *Nuevos comportamientos amorosos*. Barcelona: Ed. Ares y Mares. Crítica, S, L, Diagonal.
- Peles, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Pérez, F. (1999). Estudio experimental de atención y observación en anoréxicas y bulímicas. (sin publicar).
- Pérez, F. (2000). *Encuesta sobre el soporte más frecuente en la ludopatía*. Valladolid: CETRAS. (Sin publicar).
- Pérez, F. (2001). Adicciones a Internet. *Infocop*. Nº 78., pp, 29-31. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España.
- Pérez, F. (2002 Febrero). *Puesta al día en las dependencias sin sustancias*. Portal de Psicología. Extraído el: 02 marzo del 2003 en Word Wide Web: www.psicooctva.es
- Pérez, F. (2003). Estudio experimental sobre las diferencias en cuanto a la elección de colores en sujetos ludópatas y alcohólicos. *Revista de Proyecto Hombre*. Nº 48., pp, 48-51. diciembre. Madrid: Edita Proyecto Hombre.
- Pericoli, T. (2005). *El alma el rostro*. Madrid: Siruela.
- Peset, J. (2000). Dos mitos clásicos. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XX Nº 73., pp, 101-106.
- Piera, G. (2006). Trabajar, no consumir tiempo. Nº 55., pp, 165. *Revista Forum Calidad*.
- Pomerleau, O., Pomerleau, C. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of drug issues*, 17., pp, 111-131.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19., pp, 276-288.
- Programa de prevención y tratamiento de problemas personales relacionados con la adicción al consumo, hábitos personales de compra y sobreendeudamiento. Página de Castilla la Mancha sección de Sanidad. Extraído el 02-03-2003 en: Word wide web: www.jccm.es/sanidad.
- RAE (2001,21 ed). *Real Academia de la Lengua Española*. Madrid: RAE.
- Rabinow, P. (2006) en Harmon, Amy. Más y más personas arguyen: "La culpa es de mis genes". *The New York Times*. Sección del El País, 29 junio 2006., pp, 5. Edita el País.
- Ramón y Cajal, S. (1972). *Psicología de los artistas*. Madrid: Colección Austral. Espasa Calpe.
- Ramos, (1993) en Graña, J. (Coord.) (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ed debate.
- Ramos, F., Sandín, B., Belloch, A. (1995). *Manual de Sicopatología*. Vol. I. Madrid: Mac Graw-Hill.
- Rawlings, D. (2000). Personality and aesthetic preference in Spain and England: Two studies relating sensation seeking and openness to experience to liking for paintings and music. *European Journal of Personality*, Vol. 14(6).

- Reevé, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rego, P. (2000 El mundo año XII número 270). Comprar es enfermizo. *Crónica. El mundo.*, pp. 6-7.
- Rêgo, R. (2006). Una paradoja de las sectas contemporáneas. *Virtualia*. 14 enero febrero., pp. 2-3. Revista digital de la escuela de la orientación lacaniana de psicoanálisis. www.eol.org.ar/virtualia
- Ricart, M. (2006, Domingo 15 de julio). El botiquín de abuso. Las farmacias denuncian la demanda de una veintena de medicinas para el uso indebido o equivalente a las drogas. *La Vanguardia.*, pp. 44.
- Rivas, F. (1999). La cultura anestesiada por el tamagotchi a propósito del mal estar en la cultura. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. Vol. XIX, Nº 70., pp. 245, 249.
- Rocamora, J. (2006). Una clínica para los adictos a los video-juegos. *La razón*. 16, VII., pp. 74.
- Rodríguez, O., Rodríguez, L. (2001). *Adicción a la compra; análisis, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, E. (Coord.) (2002). *Jóvenes videojuegos. Espacio y significación y conflictos*. Madrid: FAD – INJUVE.
- Rojas, E. (2001). *¿Quién eres? De la autoestima a la personalidad*. Madrid: Temas de Hoy.
- Rojas, M. (2000). La sociedad y el fenómeno de las dependencias., pp. 27. Nº 34, junio. *Revista Proyecto*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Romero, M. (2006). Adicción sexual y trauma temprano. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, Nº 24, Abril 2006. Madrid: Asociación Española de Sexología Clínica.
- Ronald, J., Thomas, C. (1992). A Clinical Screener for compulsive Buying. *Journal of consumer Research*. 19. 459-69.
- Rosenman, (1978) en Reevé, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rosenzvaing, R. (1996). *Los fantasmas del amor*. Santiago de Chile: Ed Sudamérica.
- Rudolf y Wittkower, M. (1992). *Nacidos bajo el signo de saturno. Genio y temperamento de los artistas desde la Antigüedad hasta la Revolución Francesa*. Madrid: Cátedra.
- Salvador, L. (1999). Anorexia: comer nada, una perspectiva psicoanalítica. *Revista Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XIX. Nº 72., pp. 599-608.
- Sánchez, E. (2004). Los tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación. *Papeles del psicólogo. Revista oficial del colegio de psicólogos*. Nº 87., pp. 34-44 enero abril. Vol. 25. Madrid: COP.
- Santiesteban, C. (2005). *VI Jornadas de Drogas violencia y menores*. Ponencia. Auditorio de la Once, Madrid: Organiza, Proyecto Hombre.
- Sanz, B. (2003, 10 Enero). Título esclavos del orgasmo. *El país de las tentaciones.*, pp. 20.
- Sanz, O., Fuentes, J., De la Gándara, J. (1999). *Adicciones sin drogas" ¿hábitos o enfermedades?* Madrid: Edita Comunidad de Madrid Consejería de Sanidad y Servicios Sociales Agencia Antidroga.
- Schachter. (1956). *The psychology of affiliation*. Stanford. CA: Stanford University Press.
- Schiffman, L., Leslie, L. (2001, 7ª ed). *Comportamiento del consumidor*. México: Pearson Educación.
- Schlosser y Col. (1994). Compulsive buying: Demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. *General hospital psychiatry* 16., pp. 205-212.
- Schultz, J. (1972. 12ª Ed.). *Entrenamiento autógeno*. Barcelona: Científico médica.
- Schuster, M., Beisl, H. (1982). *Psicología del arte*. Barcelona: Blume.
- Schwarz, M. F., Master, W. H. (1994). *Integration of trauma based, cognitive, behavioral, systemic, and addiction approaches for treatment of hypersexual pair-bonding*.
- Seligman, M. (2003). *La autentica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seyle, H. (1976). *Stress in health and disease reading*. MA: Butterworth.
- Shapiro, J. (1999). Loneliness: Paradox or artifact? *American Psychologist*, 54 (9).
- Sharpe, L. (1997) en E. Caballo. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Vol. 1 Madrid: Siglo Veintiuno Editores SA.
- Sloterdijk. (2000). *Normas para el parque humano*. Madrid: Biblioteca de ensayo. Siruela.
- Steiner, G. (2001). *Nostalgia del absoluto*. Madrid: Biblioteca de ensayo. Siruela.

-
- Steven, J., Garske, J. (1988). *Psicoterapias contemporáneas modelos y métodos*. Bilbao: Biblioteca de psicología. Desclée de Brouwer.
 - Sweet, C. (1995). *Venza sus adicciones*. Barcelona: Robin Book.
 - Thalemann, R. (2006). Un estudio alemán compara los video-juegos con el alcohol y el cannabis. En *EL PAÍS*. (20 de julio). Ciber-país., pp. 12. Buscar www.isfb.org istb
 - Tardieu, (1866) en Adès, J., Lejoyeux, M. (2001). *Las nuevas adicciones. Internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero*. Barcelona: Kairós.
 - Tirapu, J., Landa, N., Conde, I. (2004). *Cerebro y adicción, una guía comprensiva*. Gobierno de Navarra: Departamento de Salud.
 - The New England Journal of Medicine. (2000). (NEJM). 28 de diciembre Vol. 343, Nº 26.
 - Triás E, (1992). *Lo bello y lo siniestro*. Barcelona: Ariel.
 - Treuer, T., Fábán Z., Füredi, J. (2001). Internet addiction associated with features of impulse control disorders: is it a real psychiatric disorder? *Journal of Affective Disorders*, 66, 283., pp. 782-783.
 - Ubieto, J. (2004). La función psicológica de la espera. *Full Informatiu. COPC*, Septiembre. Barcelona: COPC.
 - Ubieto, J. (2005). Cambios sociales y ficciones familiares. *Revista Análisis*. Nº 10., pp. 77-85. Palencia: Ed Grupo de Estudios Psicoanalíticos de Castilla y León.
 - Ubieto, R. (2006. 22 de enero). La vida como un reality show. Diario *La Vanguardia*. Barcelona: Ed La Vanguardia.
 - Vallejo-Nágera, J. (Coord.) (1992 - 6ª). *Guía práctica de psicología*. Madrid: Temas de hoy. Colección Fin de Siglo.
 - Vázquez, J, Mª. (2006). Estudio para determinar la prevalencia del juego y el uso de Internet, así como detectar las conductas problemáticas a fin de estimar la población de riesgo. Estudio realizado por la Clínica Capristano por encargo de la Consejería de Salud y Consumo. Palma de Mallorca.
 - Vega, M. (2003). Trastorno en el control o adicción a comprar. *Investigación archivada en la escuela de Proyecto Hombre*. Madrid: Escuela de PH Aravaca.
 - Vera, B. (2006). Psicología positiva: Una Nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 27(1)., pp. 3-8. Colegio Oficial de Psicólogos.
 - Vilá, F., Diaz, E., M. Vinque. D. (2004). Los sufrimientos de los jóvenes y de las familias. *Cuadernos de psicoanálisis de Castilla y León*. Nº 9 Diciembre. Palencia: Ed GEP-CL.
 - Villafaña, J. (2000). *Introducción a la teoría de la imagen*. Madrid: Pirámide.
 - Virilo, P. (1997). *Cibermundo: una política suicida*. Santiago: Dolmen.
 - Walter, M. (1989). Some problems with the concept of “gambling addiction” should theories of addiction be generalized to include excessive gambling? *Journal of Gambling Behaviour*, 5., pp. 179-200.
 - Wanigaratne, S. (1990). Relapse prevention for addictive behaviours. Oxford: *Black web Scientific Publications*.
 - Wolpe, J. (1978). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 - Wilson, G. (1973). Conservatism and art preferences. *Journal of Personality & Social Psychology*, Vol. 25(2), Feb., pp. 286-288.
 - Wright, (1988) en Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
 - Xóchihua, C. (2006). La creación de una sociedad de clínicas privadas en salud mental y fármaco-dependencia. *Liberaddictus. Revista especializada en adicciones depresión y ansiedad*. Nº 92. Año XIII., pp. 10-12. México.
 - Young, K. (1996). Psychology of computer use: addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79., pp. 899-902.
 - Zorrilla, J. (2003, 23 edición). *Don Juan Tenorio*. Madrid: Cátedra.
 - Zuckerman, M. (1979). Attribution of success and failure revisited, or: The motivational bias is alive and web in attribution theory. *Journal of personality*, 47., pp. 245-287.
 - Zuckerman, (1979) en Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
 - Zuckerman. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of Arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
 - Zuckerman. (1978). Sensation seeking. *Dimensions os personality.*, pp. 487-559. New York: Jonh Wiley.

INTERMEDIO 