

2ª
EDICIÓN

Colección  Preguntas

¿Adicciones... sin drogas?

*Las nuevas adicciones: Juego,
Sexo, Comida, Compras,
Trabajo, Internet...*



Enrique
Echeburúa

¿ADICCIONES... SIN DROGAS?

LAS NUEVAS ADICCIONES

juego

sexo

comida

compras

trabajo

internet

2^a EDICIÓN

Enrique Echeburúa

¿ADICCIONES... SIN DROGAS?
LAS NUEVAS ADICCIONES

juego

sexo

comida

compras

trabajo

internet

2^a EDICIÓN

Desclée De Brouwer

Enrique Echeburúa, 1999

©

EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 1999

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com

1ª edición: marzo 1999

2ª edición: mayo 2000

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Printed in Spain

ISBN: 84-330-1378-5

Depósito Legal: BI-1317-00

Impresión: Bikaner Gráfica, S.A. - Bilbao

*A mis padres, a mis profesores, de quienes he
aprendido el encanto de la libertad*

*No es pobre quien poco tiene,
sino quien más desea*

Lucio Anneo SÉNECA
(*Epístola a Lucilio, II, 6*)

ÍNDICE

Prólogo	I
1. Introducción	13
2. Adicciones psicológicas: ¿metáfora o realidad clínica?	17
3. Adicciones psicológicas y adicciones químicas	21
4. Vulnerabilidad psicológica a las adicciones	25
5. Modalidades de las adicciones psicológicas	29
5.1. Adicción al juego	29
5.2. Adicción al sexo	35
5.3. Adicción a la comida	41
5.4. Adicción a las compras	48
5.5. Adicción al trabajo	54
5.6. Adicción a Internet	64
6. Tratamiento	73
6.1. Control de estímulos	73
6.2. Exposición a los estímulos	76
6.3. Solución de problemas específicos	78
6.4. Creación de un nuevo estilo de vida	88
6.5. Prevención de recaídas	90
6.5.1. Caídas y recaídas	93
6.5.2. Estrategias de intervención	96
7. Conclusiones	101
Lecturas recomendadas	105
Referencias bibliográficas	107
Índice temático	111

Prólogo

Recientemente dos conocidas personas del campo del tratamiento de las adicciones, Robert Ladouceur, de Canadá, y Michael Walker, de Australia, indicaban que, en su consideración, hay toda una serie de indicios de que distintos indicadores sociales, económicos y medioambientales muestran un cambio catastrófico en el discurrir histórico, en el sentido de que el siglo XX marca un antes y un después en la historia. Entre estos cambios, uno de los más claros es el relacionado con las conductas adictivas o, dicho de otro modo, de las adicciones sin sustancias o sin drogas. Son las nuevas adicciones, las adicciones comportamentales o adicciones sin drogas. El presente libro trata de ellas. Y es una suerte el que haya sido escrito por el profesor Enrique Echeburúa, porque es sin duda alguna la persona que en nuestro medio mejor puede presentarnos el panorama actual de este tema. Sus estudios realizados a lo largo de dos décadas sobre distintas adicciones, tanto las relacionadas con sustancias, a veces diferenciadas en drogas ilegales (ej., heroína) y legales (ej., alcohol), como las comportamentales o sin sustancia (ej., juego patológico), son bien conocidos por los profesionales y por parte del público en general.

El presente libro nos muestra de un modo ágil, y al tiempo claro y didáctico, cuáles son las nuevas adicciones sin drogas. A lo largo de sus páginas nos describe la adicción al juego, al sexo, a la comida, a las compras, al trabajo y a

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

internet. Para hacernos ver que estas conductas tienen elementos comunes, presenta las características que las definen, básicamente la pérdida de control y la dependencia, junto al síndrome de abstinencia cuando la persona deja de realizarlas. Esto lleva a la persona, como señala al comienzo del libro, a su pérdida de libertad al quedar atrapada por su adicción. La persona con una adicción organiza toda su vida en función de ella: vive por y para ella. Finalmente, como concluye el profesor Enrique Echeburúa, *"todas las adicciones acaban por minar la vida de quienes las sufren y de todos los que les rodean"*.

II Algunas adicciones que hoy conocemos no eran pensables hace unos años (ej., adicción a los teléfonos eróticos o a internet). En este sentido cobra gran relevancia conocer los factores de vulnerabilidad, que hacen que unas personas tengan más probabilidad de ser adictos que otras. A este aspecto el profesor Enrique Echeburúa le presta una especial atención, lo que facilita comprender mejor este tipo de conductas que cada vez afectan a más personas y que a muchas de ellas les lleva a acudir a tratamiento por encontrarse afectada su vida de modo importante a nivel personal, familiar, social, económico, etc. No debemos olvidar que muchos llevamos a cabo las conductas que pueden producir adicción, pero sólo unos pocos las van a padecer. De ahí que éste sea un aspecto de gran relevancia no sólo para el tratamiento sino para la prevención e incluso para el desarrollo de medidas legislativas sobre ciertas conductas que pueden producir –o ya producen– adicción.

Otro valor didáctico que encontramos a lo largo del libro es la presentación de distintos casos, en donde se describen las características de personas con las distintas adicciones que se van repasando, junto a unas cuidadas tablas y figuras que permiten seguir el contenido del libro con suma facilidad. También para aquellas personas que puedan creer que tienen un problema de adicción de los presenta-

Prólogo

dos en este libro, pueden fácilmente comprobarlo a través de distintos test de detección de cada adicción. Gracias a ello, este libro facilita a cualquier persona descubrir un problema de adicción que, ya fuese o no conocido, puede posteriormente solucionar. La persona también encuentra en el libro estrategias útiles para superar las distintas adicciones, que la propia persona puede llevar a cabo; en caso de que el problema sea grave debe saber que también puede encontrar solución al mismo mediante la búsqueda de la adecuada ayuda profesional. No menos útil son un conjunto de lecturas recomendadas para ampliar los distintos aspectos tratados a lo largo del libro. Y estamos seguros de que algunas personas detectarán con este libro que tienen un problema adictivo aunque se nieguen a reconocer que lo tienen. Si con él lo detectan y ponen manos a la obra para solucionarlo, habrán dado el primer y más importante paso para poder superarlo.

Como decíamos al principio, sin duda alguna el siglo XXI se va a caracterizar por las conductas adictivas. Es un fenómeno en aumento y otras nuevas adicciones probablemente irán surgiendo en los próximos años. Aunque en teoría cualquier actividad humana tiene el potencial de convertirse en una conducta adictiva, en la práctica esto no siempre ocurre así, porque hay distintos factores que favorecen el que ello pueda o no ocurrir, como se va mostrando a lo largo del libro. III

Si alguien tuviese duda de la relevancia de las conductas adictivas que se revisan en el libro, ésta le desaparecería inmediatamente al conocer los datos de las personas que están acudiendo a tratamiento para solucionar las mismas. En ellas el profesor Enrique Echeburúa ha sido un pionero, diseñando tratamientos específicos para muchas de ellas, lo que ha facilitado que otros terapeutas hayan desarrollado intervenciones posteriores. Por ello, una parte del libro está dedicada al tratamiento. A pesar de las diferencias

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

para unas y otras adicciones, considera varios elementos que son comunes a cualquier terapia para este tipo de problemas. Estos son la utilización de las técnicas de control de estímulos, exposición a los estímulos, solución de problemas específicos que suelen acompañar a la adicción (ej., ansia por implicarse de nuevo en la conducta adictiva, ansiedad, depresión, conflictos interpersonales), creación de un nuevo estilo de vida y prevención de recaídas. Estamos seguros de que la adecuada aplicación de un tratamiento basado en estos componentes obtendrá buenos resultados, como así se ha demostrado empíricamente.

IV Con frecuencia, los medios de comunicación han planteado este tema de modo exagerado, descontextualizado y sensacionalista. Algunas adicciones, como al sexo, a las compras o a internet, se prestan a ello. Algo semejante ocurre con el poco interés prestado a otras adicciones con sustancias, tales como el alcohol y el tabaco, por los enormes intereses comerciales que subyacen a las mismas. Y, al mismo tiempo, la publicidad favorece muchas de las adicciones por la sociedad de consumo en la que estamos inmersos. Una mirada al periódico, a la televisión o a las revistas que compramos nos lleva a la misma conclusión respecto a las adicciones que se analizan en este libro. Además, la publicidad utiliza los principios del aprendizaje, tan estudiados por la psicología, para que todos nos impliquemos en este tipo de conductas o aumentemos su frecuencia. De este modo, un porcentaje importante de personas van a realizar en exceso esta clase de conductas, llegando a perder el control ante las mismas.

Lo que no cabe duda es de que las adicciones van a constituir un grupo de trastornos de gran relevancia en las próximas décadas, y si se mantienen las cifras actuales y su tendencia creciente, con casi toda seguridad tendríamos que hablar de que las conductas adictivas van a constituir el primer problema de salud mental del siglo XXI, por su

Prólogo

extensión, número de personas afectadas, problemas asociados, morbi-mortalidad, etc.

Por todo ello, es una suerte contar con este libro que nos introduce de modo claro –y al tiempo profundo– en una temática de gran actualidad –las adicciones sin drogas– y lo hace una persona tan bien conocedora de las mismas como lo es el profesor Enrique Echeburúa.

Elisardo Becoña
Universidad de Santiago de Compostela

Introducción

Las drogas tienen una notable capacidad de aumentar los niveles de un neurotransmisor denominado *dopamina*. Precisamente el aumento de dopamina en el cerebro de los adictos es lo que provoca el *subidón* –la sensación de euforia– producido, por ejemplo, por la cocaína. Pero la dopamina puede aumentar también con un contacto sexual, un atracón, el placer de comprar por comprar o el enganche a una máquina tragaperras. Los sujetos, una vez adictos a una sustancia o a una conducta, se habitúan a altas concentraciones de dopamina.

La distinción entre drogas duras y drogas blandas es irrelevante. Más que el tipo de sustancia, lo que importa en una toxicomanía es la dependencia y, en último término, la pérdida de libertad de la persona. Por ello, el tabaco puede convertirse en una droga dura para un asmático si éste persiste en su consumo.

Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia. De este modo, las adicciones no pueden limitarse exclusivamente a las conductas generadas por sustancias químicas, como los opiáceos, los ansiolíticos, la nicotina o el alcohol. De hecho, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas.

No se trata de conferir atributos psicopatológicos a conductas habituales en muchas personas, como comer, comprar, tener relaciones sexuales, usar el ordenador, jugar a

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

las máquinas tragaperras, etc., y mucho menos de psicopatologizar la vida cotidiana. Simplemente se quiere señalar que de *conductas normales* –incluso saludables– se pueden hacer *usos anormales* en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de tiempo/dinero invertido y, en último término, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas.

Cualquier conducta normal placentera tiende a repetirse y es, por ello, susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Pero esto sólo ocurre cuando el sujeto muestra una pérdida habitual de control al realizar una determinada conducta, continúa con ella a pesar de las consecuencias negativas, manifiesta una dependencia de la misma, no puede quitársela de la cabeza, se muestra desasosegado si no puede llevarla a cabo de inmediato y, por último, pierde interés por otro tipo de actividades que antes le resultaban gratificantes. Desde esta perspectiva, lo que diferencia al *hábito* de la *adicción* es que esta última tiene efectos contraproducentes para el sujeto (*tabla 1*).

14

Tabla 1

LÍMITES ENTRE LAS CONDUCTAS NORMALES Y LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

- PÉRDIDA DE CONTROL
- FUERTE DEPENDENCIA PSICOLÓGICA
- PÉRDIDA DE INTERÉS POR OTRAS ACTIVIDADES GRATIFICANTES
- INTERFERENCIA GRAVE EN LA VIDA COTIDIANA

Introducción

Las adicciones psicológicas (adicciones sin droga) no figuran incluidas como tales en el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) ni la *CIE-10* (Organización Mundial de la Salud, 1992). En estas clasificaciones psicopatológicas el término *adicción* se reserva para los trastornos producidos por el abuso de sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, opiáceos, etc.). Pero este planteamiento del *DSM-IV* y de la *CIE-10* no deja de ser un error porque el perfil clínico de las adicciones psicológicas y el enfoque terapéutico requerido son muy similares a los del resto de las adicciones.

Algunas adicciones, como la ludopatía o la adicción al trabajo, están fomentadas por la sociedad actual, que prima el éxito y el dinero rápido. Asimismo la adicción a las compras no es ajena a los valores sociales, que impulsan al consumo en una sociedad en la que se es tanto más cuanto más se tiene y que no ve ningún peligro en el consumo desmesurado.

15

Las adicciones psicológicas son muy similares a las toxicománías. Conviene resaltar este hecho porque todavía existen muchas personas que consideran a estas conductas —el juego, por ejemplo— como un vicio. Esta idea es un error. El vicio es una *categoría moral*; las adicciones psicopatológicas, sin embargo, constituyen un *trastorno mental*.

La percepción social es diferente en función de los diversos tipos de adicciones. Todas son valoradas como negativas, pero el grado de desaprobación varía. En el extremo de mayor rechazo social se sitúa la conducta adictiva considerada como *delito* (el exhibicionismo, por ejemplo); en un punto intermedio de desaprobación menor se valora una adicción considerada como *enfermedad* (la ludopatía, por ejemplo); y en el extremo de menor rechazo se sitúa la adicción considerada meramente como un *mal hábito* (por ejemplo, la adicción a la comida o a las compras). Estas

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

diferentes percepciones sociales tienen diversas implicaciones para la posible necesidad de tratamiento, el control que se espera de la persona y la percepción de la gravedad de las consecuencias.

Adicciones psicológicas: ¿Metáfora o realidad clínica?

La drogodependencia habitualmente se refiere a las sustancias químicas, pero se cuenta actualmente con suficiente experiencia clínica como para poder hablar de *adicciones psicológicas*. No es exagerado señalar que ciertas conductas, como el juego patológico, la dependencia del ordenador, la hipersexualidad (normal y parafilica), la adicción a la comida (sobreingesta compulsiva), el ejercicio físico excesivo, la dependencia de las compras, el trabajo absorbente, etc., pueden considerarse psicopatológicamente como adicciones (tabla 2).

Tabla 2

CLASIFICACIÓN DE LAS ADICCIONES	
TIPOS	VARIANTES MÁS COMUNES
Psicológicas	• Juego patológico • Adicción al sexo • Adicción a las compras • Adicción a la comida • Adicción al trabajo • Adicción al teléfono • Adicción a Internet • Adicción al ejercicio físico
Químicas	• Adicción a los opiáceos • Alcoholismo • Adicción a la cocaína y a las anfetaminas • Adicción a las benzodiacepinas • Tabaquismo

Todas las conductas potencialmente adictivas comienzan a ser controladas por reforzadores positivos –el aspecto placentero de la conducta en sí misma–, pero terminan siéndolo por reforzadores negativos –el alivio del malestar–. En estos casos el sujeto muestra una fuerte dependencia psicológica hacia las mismas, actúa con ansia y de forma impulsiva y pierde interés por cualquier otro tipo de actividades gratificantes anteriores, sin ser capaz de controlarse a pesar de las consecuencias negativas experimentadas (*cfr.* Gil Roales, 1996) (*tabla 3*).

Tabla 3

CARACTERÍSTICAS DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS
--

- CONTROL INICIAL POR REFORZADORES POSITIVOS
- CONTROL FINAL POR REFORZADORES NEGATIVOS
- SÍNDROME DE ABSTINENCIA

La dependencia, entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar un equilibrio homeostático, y la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito conforman el núcleo central de la adicción. Lo que caracteriza, por tanto, a una adicción psicológica no es el *tipo de conducta* implicada, sino el *el tipo de relación* que el sujeto establece con ella (Echeburúa y Corral, 1994).

La secuencia evolutiva habitual de las adicciones psicológicas es la siguiente (Krych, 1989):

Adicciones psicológicas: ¿metáfora o realidad clínica?

- a) La conducta es placentera y recompensante para la persona.
- b) Hay un aumento de los pensamientos referidos a dicha conducta en los momentos en que la persona no está implicada en ella.
- c) La conducta tiende a hacerse cada vez más frecuente. El sujeto pierde interés por otro tipo de actividades anteriormente gratificantes.
- d) El sujeto tiende a quitar importancia al interés o al deslumbramiento suscitados en él por la conducta (mecanismo psicológico de la *negación*).
- e) Se experimenta un deseo intenso –sentido periódicamente– de llevar a cabo la conducta y se tienen expectativas muy altas acerca del alivio del malestar que se va a sentir tras la ejecución de la conducta.
- f) La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas crecientes. Hay una justificación personal y un intento de convencimiento a los demás por medio de una distorsión acentuada de la realidad.
- g) A medida que los efectos adversos de la conducta aumentan, el adicto comienza a tomar conciencia de la realidad y realiza intentos –habitualmente fallidos– de controlar la conducta por sí mismo.
- h) Lo que mantiene ahora la conducta no es ya el efecto placentero, sino el alivio del malestar. Este alivio es cada vez de menor intensidad y de más corta duración.
- i) El sujeto muestra una capacidad de aguante cada vez menor ante las emociones negativas y las frustraciones cotidianas. Las estrategias de afrontamiento se empobrecen debido a la falta de uso. De este modo, el comportamiento adictivo se convierte en la única vía para hacer frente al estrés.

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

- j) La conducta adictiva se agrava. Una crisis externa –la ruptura de la pareja, una estafa, la pérdida de empleo, etc.– lleva al paciente o a la familia a solicitar tratamiento.

Como consecuencia de todo ello, los comportamientos adictivos se vuelven automáticos, emocionalmente activados, con poco control intelectual sobre el acierto o error de la decisión. El adicto sopesa los beneficios de la gratificación inmediata, pero no repara en las posibles consecuencias negativas a largo plazo.

Adicciones psicológicas y adicciones químicas

La experimentación del síndrome de abstinencia es el núcleo fundamental de todas las adicciones, sean éstas químicas o psicológicas. Al margen de los aspectos peculiares de cada adicción específica, las características comunes de un síndrome de abstinencia son las siguientes (*tabla 4*):

Tabla 4

CARACTERÍSTICAS PECULIARES DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

- IMPULSO EN FORMA DE DESEO INTENSO
- TENSIÓN CRECIENTE HASTA LA EJECUCIÓN DE LA CONDUCTA
- DESAPARICIÓN TEMPORAL DE LA TENSIÓN
- VUELTA GRADUAL DEL IMPULSO ASOCIADA A ESTÍMULOS INTERNOS Y EXTERNOS
- CONDICIONAMIENTO SECUNDARIO A DICHOS ESTÍMULOS

- a) Impulso intenso para realizar una conducta que trae consigo efectos perjudiciales para la persona que la ejecuta.

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

- b) Tensión creciente (humor depresivo, irritabilidad, deterioro de la concentración, trastornos del sueño, etc.) hasta que la conducta es llevada a cabo.
- c) Desaparición temporal de la tensión.
- d) Vuelta gradual del impulso con fuerza creciente, que está asociada a la presencia de estímulos *internos* (disforia, tensión emocional, aburrimiento, recuerdos del placer experimentado en ocasiones anteriores, etc.) y *externos* (olor a alimentos en el caso de un adicto a la comida o la visión de una mujer a solas en el caso de un sexoadicto).
- e) Condicionamiento secundario a dichos estímulos internos y externos.

Las adicciones psicológicas se diferencian, sin embargo, en algunos aspectos de las adicciones químicas. Desde una perspectiva psicopatológica, las adicciones químicas múltiples (tabaco, alcohol, ansiolíticos, cocaína, etc.) —es decir, las politoxicomanías— son relativamente habituales. No es frecuente, por el contrario, encontrarse con pacientes aquejados de adicciones psicológicas múltiples (ludopatía, hipersexualidad, sobreingesta compulsiva, etc.). Ello no obsta para que en algunos casos la adicción al trabajo, determinada por la ambición desmesurada de superar a los demás y de lograr una alta meta profesional, pueda ir acompañada del consumo de cocaína o de otros estimulantes como factor energizante del rendimiento, o que la ludopatía coexista con un consumo abusivo de alcohol como forma de hacer frente a las pérdidas experimentadas.

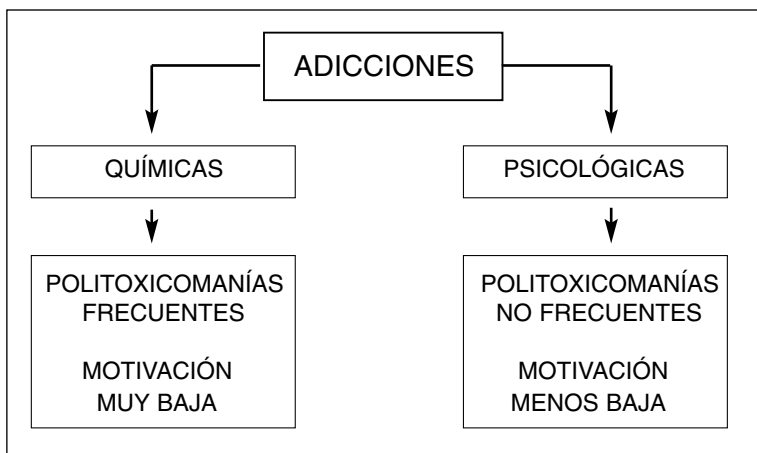
Respecto al síndrome de abstinencia, en ambos tipos de adicciones hay una pérdida de control. Una posible diferencia es que en las drogas con una dosis se controla el síndrome de abstinencia; en las adicciones psicológicas, por el contrario, el paciente —un jugador patológico o un adicto a las compras, por ejemplo— puede pasar horas, incluso días,

Adicciones psicológicas y adicciones químicas

jugando o comprando sin que ello ponga fin a su abstinencia (García-Andrade, 1993).

Desde una perspectiva terapéutica, la motivación para el tratamiento –siempre escasa y fluctuante– suele ser algo mayor en el caso de las adicciones psicológicas que en el caso de las adicciones químicas, lo que ofrece unas perspectivas terapéuticas más halagüeñas (*tabla 5*).

Tabla 5



Vulnerabilidad psicológica a las adicciones

El ser humano necesita alcanzar un nivel de satisfacción global en la vida. Normalmente, éste se obtiene repartido en diversas actividades: la familia, el trabajo, el sexo, la comida, las aficiones, el deporte, etc. Según señala Bertrand Russell en *La conquista de la felicidad*, el mayor número de aficiones e intereses de una persona está en relación directa con una mayor probabilidad de ser feliz. Las carencias en una dimensión pueden compensarse, en cierto modo, con las satisfacciones obtenidas en otra.

Por el contrario, si una persona es incapaz o se siente especialmente frustrada en una o varias de estas facetas, puede entonces centrar su atención en una sola. El riesgo de adicción en estas circunstancias es alto. De este modo, la adicción es una afición patológica que, al causar dependencia, restringe la libertad del ser humano (Alonso-Fernández, 1996).

En algunos casos hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones: la impulsividad; la disforia (estado anormal del ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable y que se caracteriza por oscilaciones frecuentes del humor); la intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga, etc.) como psíquicos (disgustos, preocupaciones, responsabilidades, etc.); y la búsqueda exagerada de sensaciones. Hay veces, sin embargo, en que en la adicción subyace un problema de personalidad –de baja autoestima, por

ejemplo— o un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas (*tabla 6*).

Tabla 6

FACTORES PSICOLÓGICOS DE PREDISPOSICIÓN
--

- ESTADO DE ÁNIMO DISFÓRICO
- INTOLERANCIA A LOS ESTÍMULOS
DISPLACENTEROS
- IMPULSIVIDAD
- BÚSQUEDA DE SENSACIONES
- AUTOESTIMA BAJA

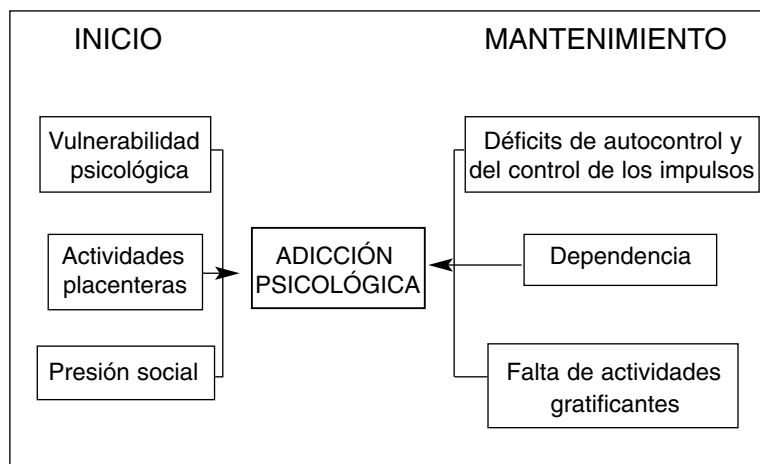
En último término, se trata de personas que carecen de un afecto consistente y que intentan llenar esa carencia con sustancias químicas (drogas, alcohol o tabaco) o sin sustancias (compras, juego, ordenadores o trabajo). Porque el cariño llena de sentido nuestra vida y contribuye de forma decisiva a nuestro equilibrio psicológico.

En resumen, un sujeto con una personalidad vulnerable y con una cohesión familiar débil corre un gran riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas inmediatas, tiene el objeto de la adicción a mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a circunstancias de estrés (fracaso escolar, frustraciones afectivas, competitividad, etc.) o de vacío existencial (inactividad, aislamiento social, falta de objetivos, etc.).

El esquema del inicio y mantenimiento de las adicciones psicológicas está descrito en la *figura 1*.

Vulnerabilidad psicológica a las adicciones

Figura 1. Inicio y mantenimiento de las adicciones psicológicas



Modalidades de las adicciones psicológicas

No es posible una clasificación estricta de las adicciones psicológicas. En realidad, cualquier conducta placentera puede convertirse en adictiva si se hace un uso inadecuado de ella. Sin menospreciar el abuso que se puede hacer de ciertos instrumentos tecnológicos, como la TV, el teléfono o los videojuegos, o de ciertas prácticas saludables, como el deporte, en los epígrafes siguientes se seleccionan y analizan en concreto las adicciones psicológicas que han resultado ser hasta el momento más destructivas y que mayor demanda terapéutica generan.

5.1. Adicción al juego

El juego de apuestas o de dinero es un fenómeno viejo pero que ha irrumpido de una forma nueva en nuestra época. La afición a los *juegos de azar* (loterías, cupones de la ONCE, quinielas, etc.) o *de habilidad* (cartas, apuestas diversas, etc.) está muy arraigada en nuestro país y no es, en modo alguno, una circunstancia de hoy. Ya en el siglo pasado Dostoievski transcribió su propia experiencia en su obra literaria *El Jugador*, que escribió en un tiempo récord precisamente para pagar una deuda de juego. Giacomo Casanova, prototipo de conquistador, cubría sus pérdidas en las malas rachas gracias a la generosidad de algunas damas de alcurnia, en absoluto indiferentes a su atractivo varonil.

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

Lo que sí es un fenómeno nuevo actualmente es la irrupción de las máquinas tragaperras –denominadas eufemísticamente *recreativas*–, así como la incorporación de los adolescentes a unos juegos que hasta ahora estaban reservados a los adultos (Secades y Villa, 1998).

El crecimiento de la ludopatía está en relación directa con el aumento y difusión sin restricciones de la oferta de juego. Como es habitual en otros fenómenos (tabaco, alcohol, etc.), la indefensión ante esta avalancha afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente (Becoña, 1996).

La capacidad adictiva de las máquinas tragaperras es muy alta. En primer lugar, porque están muy difundidas y el importe de las apuestas es bajo. En segundo lugar, porque, al ser el plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado muy breve, la conducta queda consolidada. En tercer lugar, porque el funcionamiento intrínseco de estas máquinas potencia una cierta *ilusión de control*. Es decir, el sujeto *crece* –erróneamente– que el mayor o menor grado de acierto depende de su habilidad, cuando la realidad es que se trata de un juego de puro azar. Y por último, porque las luces, la música, el tintineo mismo de las monedas, etc., suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiológica, que son gratificantes de por sí (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

El juego patológico se caracteriza por la incapacidad del sujeto para controlarse y por la alteración que se produce en áreas significativas de su vida (familia, amigos, trabajo, etc.). El juego se convierte en el centro de la vida de la persona. Al igual que ocurre en otras adicciones, los jugadores patológicos se descontrolan y son incapaces de dejar de jugar, incluso cuando desean hacerlo. La razón es que tienen un hábito muy arraigado del que se sienten incapaces de desprenderse.

Modalidades de las adicciones psicológicas

El tránsito del juego normal a la ludopatía no siempre es rectilíneo (*tabla 7*). Cuando una persona comienza a jugar más dinero de lo que tenía planeado, prefiere hacerlo solo e intenta ganar para recuperar lo perdido y hacer frente a las deudas, continuando con el juego incluso cuando va perdiendo reiteradamente, y recurre a mentiras, está ya en la antesala del juego patológico. Éste se caracteriza por la pérdida de control, la dependencia emocional respecto al juego y la interferencia grave en la vida cotidiana y en las relaciones familiares y sociales del sujeto. En realidad, la urgencia para llevar a cabo la conducta y el malestar experimentado por el ludópata si se le impide hacerlo son muy similares al deseo compulsivo y al síndrome de abstinencia sufridos por los toxicómanos. La transición del juego normal a la adicción está presente en el siguiente ejemplo:

Tabla 7

TRANSICIÓN DEL JUEGO NORMAL AL JUEGO PATOLÓGICO • GASTAR MÁS DINERO DE LO PLANEADO • APOSTAR PARA RECUPERAR LO PERDIDO • SEGUIR JUGANDO INCLUSO CUANDO SE HA PERDIDO
--

Javier es un estudiante de Derecho de 23 años. Siempre ha obtenido buenas calificaciones en los exámenes y ha compatibilizado el estudio con el trabajo a tiempo parcial en una tienda de bicicletas. Desde el año pasado ha comenzado a frecuentar el bingo los fines de semana con dos compañeros de clase. No se gasta mucho dinero, pues su situación económica no es muy buena. Con lo que gana le llega justo para vivir y costearse los estudios. Javier quiere ir de viaje de fin de carrera al extranjero

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

con los compañeros de clase. Por ello, decidió hace unos meses reducir las apuestas en el bingo y ahorrar para el viaje. Sin embargo, al cabo de dos meses se encuentra con que no puede dejar de jugar porque se siente abatido y con que se ve obligado a mentir para pedir dinero prestado a su abuela. Javier ha comenzado a tener algunas deudas y pasa varias horas al día pensando en el juego. Ya no juega, como al principio, para entretenerse, sino porque no puede dejar de hacerlo.

Un hábito tan negativo para la persona como la adicción al juego se perpetúa, entre otras razones, en función de las diversas distorsiones cognitivas que mantienen los afectados: la negación o minimización del problema; la ilusión de control, es decir, la percepción de que el juego está bajo control o depende de su habilidad; los recuerdos selectivos de las ganancias en el juego y el *olvido* de los momentos amargos sufridos; y la subestimación de las pérdidas (Ochoa, Labrador, Echeburúa, Becoña y Vallejo, 1994).

32 Las principales motivaciones para jugar que tiene un ludópata son las siguientes:

- a) **Superar el aburrimiento o tener relaciones sociales.** En personas con pocos intereses o aisladas socialmente, el juego puede desempeñar estas funciones.
- b) **Ganar dinero.** El juego no es un buen camino para ganar dinero. Una persona normal, cuando apuesta, puede ganar o perder; un jugador patológico, por el contrario, a la larga pierde siempre, independientemente de que tienda a hablar más de las ganancias que de las pérdidas.
- c) **Olvidar los problemas.** Lo que ocurre es que el juego contribuye a aumentarlos. Los problemas no hay que olvidarlos, sino que hay que saber afrontarlos.
- d) **Conseguir niveles altos de excitación.** Pero cuando una persona se encuentra excitada, cuenta con una mayor probabilidad de tener problemas con

Modalidades de las adicciones psicológicas

el control del dinero. Si una persona busca excitación, mejor es encontrarla en otras actividades (el deporte, la lectura, los viajes, etc.) que no planteen los problemas del juego.

- e) **Ser fieles a un hábito adquirido.** La costumbre puede llevar a una persona a no abandonar un hábito que ha comenzado a crearle dificultades. En cualquier caso, lo importante no es saber por qué se comenzó a jugar, sino saber cómo dejar de hacerlo.

El daño causado por la adicción al juego se manifiesta en diferentes áreas de la persona:

- a) **En el ámbito personal.** Los ludópatas no se encuentran bien habitualmente. Perder dinero, no saber cómo hacer frente a las deudas contraídas, mentir a los amigos y familiares, descuidar sus obligaciones cotidianas, etc., les genera un nivel de malestar general (tristeza, ansiedad o irritabilidad) y, en último término, un concepto de sí mismo muy deteriorado. El consumo excesivo de alcohol es, a veces, una consecuencia de esta situación.
- b) **En el plano económico.** La situación económica suele ser apurada y las deudas contraídas cuantiosas. No son infrecuentes los robos o estafas y el sometimiento de la familia a penurias económicas relacionadas con la ludopatía.
- c) **En la situación laboral.** El rendimiento en el trabajo se resiente como consecuencia de los pensamientos constantes en el juego y de las faltas o abandonos del trabajo, sin descartar aquellos casos de despido por robo o por incumplimiento manifiesto de la responsabilidad laboral.
- d) **En el entorno familiar.** La dedicación al juego impide al adicto prestar la atención debida a la pareja y a los hijos. Vivir con un jugador es muy duro, y no todo el mundo está dispuesto a aguantarlo.

- e) **En la vida social.** Los jugadores patológicos disponen de poco tiempo para las relaciones sociales y acaban por abandonar sus relaciones anteriores. Los amigos, más aún en el caso de que hayan prestado algún dinero no recuperado, acaban por volverle la espalda al jugador, que, de esta manera, se queda más aislado y deprimido.
- f) **En las relaciones con la justicia.** Lo que algunos jugadores entienden como “tomar prestado” no es otra cosa que robar. Los ludópatas están implicados con frecuencia en conductas penadas por la ley: falsificación de cheques, emisión de cheques sin fondos, impago del alquiler de la vivienda, etc.

Tabla 8

CUESTIONARIO BREVE DE JUEGO PATOLÓGICO <i>(Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)</i>	
1. ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?	
Sí ☐	No ☐
2. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?	
Sí ☐	No ☐
3. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?	
Sí ☐	No ☐
4. ¿Ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas?	
Sí ☐	No ☐
Puntuación	Valoración
2 o más	Probable jugador patológico

Modalidades de las adicciones psicológicas

¿Cómo puede saber una persona si ya no es un *jugador normal* y se ha convertido en un *jugador patológico*? Además de los criterios reseñados, se han diseñado algunos cuestionarios para responder a esta pregunta. Uno de los más sencillos –y, sin embargo, más válidos– figura expuesto en la *tabla 8*.

5.2. Adicción al sexo

La sexualidad es una dimensión de la persona que impregna la vida cotidiana y que habitualmente está asociada al amor y a la ternura. Es una fuente de motivación e incluso de inspiración artística, pero también puede dar lugar a todo tipo de abyecciones. En el caso de la adicción, el sexo se convierte en una obsesión para la persona de la que le resulta difícil desprenderse y que compromete seriamente su funcionamiento cotidiano.

La importancia concedida a la sexualidad es muy variable de unas personas a otras y no está relacionada directamente con el grado de salud mental. Hay personas sanas en que la motivación sexual es muy baja y otras, en cambio, en que es muy alta. Sin embargo, la adicción al sexo, a diferencia de la sexualidad normal –más o menos alta–, se caracteriza porque el objetivo de la conducta es más la reducción de un malestar que la obtención de un placer. El sexo se convierte en un remedio para reducir la ansiedad y la actividad sexual se transforma en algo morboso y obsesivo (Mellody, 1997).

La adicción al sexo, que afecta más a hombres, consiste en un exceso desbordante de deseos y de conductas sexuales que el sujeto se siente incapaz de controlar. El impulso incontrolado se traduce en una conducta sexual breve, frecuentemente poco satisfactoria, que se repite con intervalos variables siempre cortos –entre algu-

nas horas y escasos días—, con mujeres distintas y sin reparar en los perjuicios de toda índole que tal conducta ocasiona a uno mismo y a su familia. A veces se pueden invertir hasta cuatro horas diarias, pero los pensamientos sobre el tema pueden ser casi constantes. De este modo, la conducta amorosa se reduce a una mera urgencia biológica irreprimible, con el único objetivo de la penetración/eyaculación y sin dejar espacio a la comunicación ni a la ternura. Se considera a las personas sólo en función del sexo, que se convierte, de esta forma, en la única vía para conseguir una gratificación personal y afectiva (Alonso-Fernández, 1996).

36 Se trata de un tema recurrente en el cine y en la literatura, desde Catherine Deneuve en *Belle de Jour* hasta la inolvidable *Lulú*, el personaje de Almudena Grandes que deambula por ambientes sórdidos a la búsqueda de todo tipo de experiencias con las que superar la dependencia de su amor verdadero.

Más allá de la cantidad, lo que aparece en primer plano es una conducta sexual irrefrenable que genera autogratiificación y, especialmente, el alivio de un malestar interno. Se trata de conductas no deseadas —ahí está la diferencia con la promiscuidad o con el apasionamiento— y que producen consecuencias muy negativas para el sujeto: físicas (enfermedades de transmisión sexual), psicológicas (sentimientos de culpa y vergüenza, ruptura matrimonial no deseada, daño a los hijos, autoestima devaluada, soledad, etc.) y sociales (pérdida de empleo, devaluación del estatus socio-económico, etc.). Esta vorágine de sexo sin control lleva a un abandono de las obligaciones familiares, sociales y laborales. La vida sexual se vive en secreto y con culpa. La depresión, incluso con ideas de suicidio, está muy asociada a este tipo de conductas (Earle, Earle y Osborn, 1995) (*tabla 9*).

Tabla 9

ADICCIÓN AL SEXO

- CONDUCTAS NO DESEADAS
- INTERFERENCIA EN LA VIDA DIARIA
 - ➔ ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
 - ➔ SENTIMIENTOS DE CULPA
 - ➔ RUPTURA DE PAREJA NO DESEADA
- SEXO COMO ALIVIO DE UN MALESTAR

Luis Ángel, de 45 años, casado y con 2 hijos pequeños de 5 y 3 años, es jefe de ventas de una empresa de máquina-herramienta. Es una persona baja de estatura, con rastros de acné en su rostro, muy tímida, acomplejada por su aspecto físico, que siempre ha mostrado una preocupación excesiva y morbosa por el sexo. Se ha masturbado reiteradamente desde los 13 años y ha tenido relaciones habituales con prostitutas, pero lo ha hecho siempre con un sentimiento profundo de culpabilidad. Al casarse a los 40 años con una vecina de la misma edad, experimenta un alivio de su inquietud sexual. Pero al cabo de 6 meses, y a escondidas de su mujer, de quien se encuentra enamorado, comienza a frecuentar prostíbulos aprovechando los viajes profesionales y a masturbarse de nuevo con fantasías sexuales extraídas de revistas pornográficas que compra en secreto. Cuando tiene la relación sexual o se masturba –con una frecuencia de 2 o 3 veces diarias– experimenta un alivio, pero al cabo de unos minutos empieza a encontrarse mal, se siente culpable por haberle traicionado a su mujer y se percata de la interferencia de estas conductas en la relación de pareja, en el rendimiento laboral y en su economía, así como en su grado de salud (ha contraído una sífilis en una de las relaciones con prostitutas).

37

Las mujeres afectadas sufren una doble sensación de vergüenza, en función de su rol de protección de la familia, y experimentan un descenso brutal de la autoestima (Norwood, 1986).

La adicción al sexo puede revestir diversas formas: masturbación compulsiva, búsqueda ansiosa de relaciones sucesivas con múltiples amantes, frecuentación habitual de prostíbulos, consumo abusivo de teléfonos eróticos, llamadas telefónicas obscenas o recurso irrefrenable a las páginas de Internet dedicadas al sexo, en donde se intentan satisfacer fantasías sexuales de toda índole (*tabla 10*). El contenido de la adicción puede referirse a una sexualidad normal (es decir, a relaciones consentidas con adultos) o a una sexualidad parafilica (por ejemplo, el exhibicionismo o la pedofilia).

Tabla 10

CONDUCTAS IMPLICADAS EN LA ADICCIÓN AL SEXO
--

- AUTOEROTISMO COMPULSIVO
- BÚSQUEDA ANSIOSA DE MÚLTIPLES AMANTES
- FRECUENTADORES HABITUALES DE PROSTÍBULOS O DE TELÉFONOS ERÓTICOS
- CONDUCTA HIPERSEXUAL Y OBSESIVA CON UNA RELACIÓN

La tecnología actualmente disponible ha posibilitado la aparición de nuevas variantes. En concreto, las líneas telefónicas *party-line* y las eróticas constituyen para algunas personas una vía de adicción al sexo, mantenida inicialmente por reforzadores positivos —una forma de entretenimiento y de excitación— y controlada finalmente por reforzadores negativos —el alivio del malestar—. En algunos casos los sujetos pueden llegar a percibir la conducta como incontrolable y

Modalidades de las adicciones psicológicas

a ver limitada seriamente su vida a nivel personal, familiar, económico y social (Guerricaechevarría y Echeburúa, 1997).

Estas líneas presentan unas características determinadas que facilitan la dependencia. En primer lugar, la disponibilidad ambiental de éstas es total: en todos los hogares hay un teléfono y los números de estas líneas están ampliamente difundidos. La tentación de llamar –y de poder hacerlo en un entorno discreto– es, pues, muy fuerte. En segundo lugar, la gratificación obtenida es inmediata; sin embargo, el estímulo punitivo –el gasto de la llamada– se demora hasta la recepción de la factura del teléfono. En tercer lugar, el funcionamiento intrínseco de las líneas *party-line* potencia la percepción de control: el que llama no tiene más que apretar un botón para cambiar de interlocutor, pudiendo variar cuantas veces lo desee y sin tener que *dar la cara* ante la otra persona. Y por último, la búsqueda de la persona deseada (generalmente de sexo opuesto) suscita una gran tensión emocional en el caso de las líneas *party-line*, y una excitación sexual, en el caso de las líneas eróticas, que puede aliviarse con conductas masturbatorias.

39

El consumo abusivo de alcohol o de drogas suele estar asociado a la adicción al sexo. De hecho, la función desinhibidora del alcohol facilita la implicación en conductas sexuales que generan un grado de malestar en las personas en los momentos de lucidez.

La transición de una sexualidad alta, pero normal, a una sexualidad adictiva viene marcada fundamentalmente por dos variables: a) la interferencia grave en la vida cotidiana (sufrimiento y autodestrucción, soledad, pérdida de la familia, incapacidad de mantener una relación afectiva duradera, etc.); y b) aparición del síndrome de abstinencia cuando no se puede llevar a cabo la conducta sexual (nerviosismo, irritabilidad, dolores de cabeza, temblores, insomnio, etc.).

Los signos alertadores de la adicción al sexo son múltiples: a) fantasías sexuales alejadas de la relación de pare-

ja; b) conductas sexuales anónimas, múltiples y breves; c) sexualidad comprada (prostitutas, teléfono erótico, etc.); d) conductas de “voyeurismo”; e) acoso sexual a personas dependientes del sujeto; y f) contactos con niños (*tabla 11*).

Tabla 11

**SIGNOS ALERTADORES DE
LA ADICCIÓN AL SEXO**

- FANTASÍAS SEXUALES ABUNDANTES Y NO CONTROLADAS
- CONDUCTAS SEXUALES ANÓNIMAS, MÚLTIPLES Y BREVES
- SEXUALIDAD COMPRADA
 - PROSTITUTAS
 - TELÉFONOS ERÓTICOS
- ACOSO SEXUAL EN EL TRABAJO

40

Aunque aún no se conoce con detalle el origen de esta adicción, algunas dimensiones de personalidad (impulsividad, autoestima deficiente, etc.), ciertos antecedentes en la infancia (abusos o traumas sexuales) o en la adolescencia (rechazos en el ámbito afectivoerótico) o diversos elementos situacionales actuales (soledad o vacío existencial, relación de pareja insatisfactoria, etc.) parecen desempeñar un papel importante.

Un retrato-robot de una persona enganchada al sexo figura expuesto en la *tabla 12*.

Tabla 12

RETRATO-ROBOT DEL “OBSEXO” (ENGANCHADO AL SEXO)	
a)	La sexoadicción es un trastorno de tipo obsesivo.
b)	La sexoadicción, que afecta sobre todo a hombres, aumenta con la falta de satisfacción sexual. Va unida a la ansiedad y la depresión.
c)	El sexoadicto confunde el amor con el éxtasis sexual. El sexo es la única vía para conseguir una gratificación personal y afectiva.
d)	El sexo se percibe como una cadena de penetración/eyaculación , sin la existencia de caricias y ternura.
e)	Se considera a las personas sólo en función de su sexo.
f)	La vida sexual se vive en secreto y con culpa. Se concibe el sexo como una forma de solucionar todos los problemas, aunque se contradiga su propio deseo.

Los lectores interesados pueden encontrar un test de adicción al sexo en la *tabla 13*.

5.3. Adicción a la comida

Cervantes creó en *El Quijote* un Sancho Panza gordito, bonachón y feliz. Rubens, a su vez, plasmó en *Las Tres Gracias* el prototipo de la belleza femenina del barroco (siglo 17). La sociedad actual, en cambio, encierra una gran paradoja: postula unos cánones estéticos definidos por la delgadez y, al mismo tiempo, presta una gran publicidad a todo lo referido a la comida. Se convierte así en una gran fábrica de obesos, a los que, además, desdeña. De hecho, el 75% de los obesos puede sufrir algún episodio depresivo en su vida.

Tabla 13

TEST DE ADICCIÓN AL SEXO
(Grupo de Sexoadictos Anónimos)

1. ¿Guardas en secreto tus actividades sexuales o románticas a aquellas personas importantes en tu vida? ¿Llevas una doble vida?
2. ¿Te han llevado tus necesidades a mantener relaciones sexuales en lugares, situaciones o con personas que no escogerías habitualmente?
3. ¿Te sorprendes a ti mismo buscando artículos o escenas que te exciten sexualmente en periódicos, revistas u otros medios de comunicación?
4. ¿Crees que tus fantasías románticas o sexuales interfieren en tus relaciones o te impiden afrontar los problemas?
5. ¿Sientes el deseo de alejarte de tu pareja después de practicar el sexo? ¿Sientes a menudo remordimientos, vergüenza o culpabilidad después de una relación sexual?
6. ¿Te avergüenza tu cuerpo o sexualidad hasta el punto de evitar tocar tu cuerpo o mantener relaciones sexuales? ¿Te preocupa no sentir deseo sexual?
7. ¿Repites cada nueva relación los mismos patrones destructivos que motivaron la ruptura de tu relación actual?
8. ¿Necesitas mayor variedad y frecuencia que antes en tus relaciones sexuales y románticas para alcanzar los mismos niveles de excitación y satisfacción?
9. ¿Corres el riesgo de ser detenido debido a prácticas tales como el "voyeurismo", exhibicionismo, pedofilia, llamadas telefónicas obscenas, etc.?
10. ¿Va tu búsqueda de sexo o de relaciones románticas en contra de tus creencias o de tus principios?
11. ¿Incluyen tus relaciones sexuales riesgo, coacción o violencia?
12. ¿Te ha dejado en alguna ocasión tu comportamiento sexual una sensación de desesperanza, de alienación de los demás, o un deseo de suicidio?

Puntuación

2 o más

Valoración

Probable adicto al sexo

Modalidades de las adicciones psicológicas

Comer más de lo que se necesita es un fenómeno habitual en los países desarrollados. Si un profesional o un empleado de oficina suelen quemar alrededor de 1.800 calorías diarias, no es raro que se consuman de 500 a 1.000 calorías más de las necesarias. La obesidad es el resultado de ello.

Se engorda porque la gente utiliza la mesa y la comida como centro de diversión, de relación social o de vía de escape para eliminar la ansiedad que provocan el estrés laboral y emocional. En la gran mayoría de los casos la obesidad oculta estados de depresión, ansiedad, inseguridad, irritabilidad y profunda insatisfacción.

La determinación de la adecuación del peso corporal se realiza mediante el cálculo del índice de masa corporal o de Quetelet, que figura descrito en la *tabla 14*.

Tabla 14

43

CÁLCULO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	
Índice de masa corporal = $\frac{\text{Peso en kilos}}{(\text{altura en metros})^2}$	
Por ejemplo, una persona que pese 58 kg y mida 1,70 m tendrá un índice de Quetelet de 20:	
$\text{IMC} = \frac{58}{1,7^2} = 20$	
Puntuación	Valoración
17-18	<i>Desnutrición</i>
20-25	<i>Peso adecuado</i>
25-30	<i>Sobrepeso (por encima de los 5 kilos)</i>
30-40	<i>Obesidad (por encima de los 10 kilos)</i>
>40	<i>Obesidad mórbida</i>
Existe, sin embargo, una tendencia con los años a aumentar de peso que no siempre se asocia con un mayor riesgo. En las personas mayores, el índice adecuado puede estar entre 24 y 29.	

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

Los tres momentos básicos de la conducta alimentaria son: el apetito o el hambre; la ingestión de alimentos; y la sensación de saciedad (que aparece más tardíamente).

La sobreingesta compulsiva, reflejo de la adicción a la comida, supone la presencia regular de atracones sin control por parte del sujeto. Éstos se inician de una forma brusca, precedidos de una sensación de hambre voraz incontenible, y suponen la ingestión –habitualmente en solitario o a escondidas– de una gran cantidad de alimentos (sobre todo, pasta, chocolate, dulces u otros productos de alto valor calórico, como patatas fritas) en un período corto (20-60 minutos) hasta que el sujeto se encuentra desagradablemente lleno. El consumo de calorías en cada atracón puede oscilar de 1.500 a 5.000 (Fairburn, 1998).

44

Los efectos de los atracones son gratificantes de inmediato (reducción de la inquietud y sensación de euforia), pero a los pocos minutos generan un nivel de malestar físico (dolores abdominales, somnolencia, sensación de pesadez, etc.) y de desasosiego psicológico (sentimiento de culpa ante la pérdida de control, descenso de la autoestima, estado de ánimo deprimido, profundo malestar al recordar el atracón, etc.). A su vez, este nivel de malestar hace más probable la aparición de nuevos atracones, que, a modo de autoterapia, consiguen reducir –sólo momentáneamente– el malestar. La adicción a la comida supone un ansia por ingerir alimentos –atracción irresistible y sensación de no parar–, que, si se frustra, genera ansiedad o irritabilidad (Alonso-Fernández, 1996). Hay dos aspectos que diferencian la sobreingesta compulsiva del mero comer mucho: la gran cantidad de alimentos ingeridos durante la ingesta y, especialmente, la sensación de pérdida de control.

Modalidades de las adicciones psicológicas

Susana, de 25 años, soltera, hija única, vive con sus padres y su abuela materna. Ha sido obesa desde siempre (su madre también lo es), pero ha comenzado a comer con voracidad y de una forma descontrolada desde hace 2 años, a raíz del abandono de su novio, que se ha ido con otra chica, después de 3 años de relación. Su índice actual de masa corporal es de 37. Se ha puesto a dieta en 4 ocasiones con regímenes alimenticios distintos, pero los ha abandonado al cabo de unas pocas semanas. Los atracones se dan con mucha frecuencia –casi a diario– y son a base de galletas, chocolate o dulces a media tarde, en casa, a solas, especialmente cuando se encuentra deprimida o nerviosa. En alguna ocasión se ha despertado por la noche con una pesadilla y ha acudido a la cocina a darse un atracón. Los pensamientos de comida son muy frecuentes a cualquier hora del día. Estos alimentos los suele tener escondidos en casa para que no se enteren y no la regañen sus padres. Los atracones, que son muy intensos y duran de 20 a 30 minutos, eliminan la sensación de desasosiego de Susana, pero al cabo de unos minutos experimenta una sensación desagradable de pesadez de estómago y tiene sentimientos de culpabilidad y de desprecio hacia sí misma.

45

La sobreingesta compulsiva suele venir acompañada de una mayor o menor obesidad. No es lo mismo, sin embargo, comer mucho que ser adicto a la comida. En el primer caso no hay alimentos prohibidos en la dieta y hay una tendencia a comer lentamente, saboreando la comida. En la sobreingesta, por el contrario, la ingestión de alimentos está controlada más por reforzadores negativos (alivio del malestar) que por gratificaciones positivas (placer de la comida, actividad social compartida, etc.), se come con voracidad, los *alimentos prohibidos* (por ejemplo, la pasta o los dulces) en la dieta habitual se convierten en los *alimentos preferidos* durante los atracones y hay una gran abundancia de pensamientos relacionados con los alimentos cuando llevan a cabo otro tipo de actividades. En cierto modo, la comida para los adictos se convierte en el eje central de su vida (Arensan, 1991).

La adicción a la comida es asimismo distinta de la bulimia (tabla 15). En esta última se recurre a los vómitos inducidos y al consumo de laxantes/diuréticos o al ayuno y ejercicio intenso, hay una percepción distorsionada de la imagen corporal y hay una preocupación morbosa por el peso. Por el contrario, en la sobreingesta compulsiva se producen atracones recurrentes sin la conducta compensatoria inapropiada (purgas, ayuno o ejercicio físico excesivo) típica de la bulimia nerviosa. Respecto a la imagen corporal, puede haber, en todo caso, más un desagrado o insatisfacción por el tamaño del cuerpo que la presencia de distorsiones graves de la imagen corporal propiamente dichas.

Tabla 15

CONDUCTAS EN LA BULIMIA NO PRESENTES EN LA ADICCIÓN A LA COMIDA

- VÓMITOS
- LAXANTES/DIURÉTICOS/AYUNO
- DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL
- PREOCUPACIÓN MORBOSA POR EL PESO

Hay un predominio de mujeres –amas de casa y adolescentes especialmente– entre las personas afectadas por la adicción a la comida. La edad de comienzo se sitúa al final de la adolescencia o al principio de la tercera década de la vida. El problema tiende a cronificarse. Entre las personas con sobrepeso el porcentaje de adictas a la comida puede oscilar entre el 15% y el 30%.

El origen de este problema no está claro. Algunas dimensiones de personalidad (impulsividad y déficit de

Modalidades de las adicciones psicológicas

autocontrol) y la obesidad infantil, reflejo de hábitos alimenticios inadecuados sobreaprendidos, constituyen, a modo de elementos predisponentes, unas variables de riesgo. La combinación de perfeccionismo y baja autoestima es muy común. Los factores precipitantes más frecuentes son los fracasos afectivos, el ánimo deprimido, el sentimiento de soledad o aburrimiento y el estrés. Es, sin duda, el estado emocional negativo el desencadenante más potente de los episodios de sobreingesta (Roth, 1995).

Asimismo las dietas restrictivas, con ideas sobrevaloradas de adelgazar, pueden desencadenar un deseo irresistible de comer de modo compulsivo. Hacer régimen es el primer paso para la gordura crónica. Una vez transgredida la dieta autoimpuesta, el sujeto, a nivel cuantitativo, tiende a perder el control de los límites y, a nivel cualitativo, suele optar por los alimentos percibidos como *prohibidos*. De este modo, las secuencias repetidas de dieta/sobreingesta generan en la persona una mayor dificultad para regular la conducta alimentaria porque se altera la percepción de las señales de hambre y saciedad del organismo. El ciclo completo más habitual es el siguiente: obesidad-dieta-ingesta compulsiva-obesidad (Fairburn, 1998).

Por otra parte, hay una relación bidireccional entre la adicción a la comida y otros trastornos psicopatológicos. En concreto, a veces la sobreingesta compulsiva (primaria) genera trastornos de ansiedad/depresión y dificultades interpersonales y familiares, así como inestabilidad emocional y un descenso en la autoestima. Otras veces son las alteraciones psicopatológicas, como un trastorno de ansiedad o un estado de ánimo deprimido, las que producen o agravan la sobre-ingesta compulsiva (secundaria), que, a su vez, complica la psicopatología previa.

Los lectores interesados pueden encontrar un test de adicción a la comida en la *tabla 16*.

Tabla 16

TEST DE ADICCIÓN A LA COMIDA	
1.	¿Tiene usted habitualmente problemas de descontrol con las comidas (atracones, comidas inadecuadas fuera de horas, etc.)? Sí ☐ No ☐
2.	¿Se suele sentir culpable después del atracón por haber sido incapaz de controlarse? Sí ☐ No ☐
3.	¿Ha intentado alguna vez regularizar sus hábitos de comida por sí mismo y no ha sido capaz de ello? Sí ☐ No ☐
4.	¿Piensa frecuentemente en alimentos al realizar actividades que no tienen nada que ver con la comida? Sí ☐ No ☐
5.	¿Come a escondidas o intenta ocultar lo que ha comido para evitar reprimendas de la familia? Sí ☐ No ☐
Puntuación	Valoración
2 o más	Probable adicto a la comida

5.4. Adicción a las compras

El consumo de objetos se ha convertido en un símbolo de estatus en la sociedad actual. Los valores sociales impulsan al consumo superfluo, al dictado de la moda, en una sociedad en la que más se es cuanto más se tiene y que no ve ningún peligro en el consumo desmesurado. Consumir más puede significar sentirse mejor y situarse por encima de los demás (De La Gándara, 1993).

Modalidades de las adicciones psicológicas

Comprar es una actividad rutinaria de la vida diaria para la mayoría de la gente. Pero los adictos a las compras se muestran incapaces de controlar un fuerte impulso al consumo, que domina sus vidas y produce consecuencias graves. Los personajes caprichosos han sido protagonistas de numerosas novelas y películas. Por ejemplo, *Madame Bovary* –el personaje de Flaubert– es un exponente literario de persona que ha antepuesto su fascinación por el lujo a la conservación de la familia.

El consumo excesivo puede generar una patología a diversos niveles: a) las personas en las que el ir de compras se ha convertido en el eje de sus vidas; b) las que tienen una necesidad constante de adquirir cosas nuevas, en su mayoría innecesarias; y c) las personas *enganchadas* al crédito, incapaces de vivir con su presupuesto. El segundo tipo entra en lo que se puede denominar propiamente como adicción a las compras.

La adicción a las compras es un impulso incontrolable para adquirir objetos inútiles o superfluos. La gratificación deriva, más que de la utilidad de los productos, del propio proceso de comprar. Este consumo, no planificado, excede de las posibilidades económicas del sujeto y le lleva a una prodigalidad en el gasto. De hecho, los derroches de dinero facilitan conductas de morosidad que están asociadas a este tipo de problema.

María, de 35 años, casada y sin hijos, es profesora de instituto y cuenta con una situación económica desahogada. Su marido es marino mercante y pasa largas temporadas fuera del hogar. La paciente es una mujer presumida, alegre, un tanto impulsiva, que, desde que se ha casado –ahora hace 3 años– y cambiado de piso a una zona residencial en las afueras de la ciudad, ha reducido considerablemente su vida social. No ha tenido antecedentes psicopatológicos, excepto unos episodios de bulimia cuando tenía 20 años, que duraron unos pocos meses y los consiguió controlar por sí misma. Desde hace 1,5 años ha comenzado a experimentar depresiones y, en lugar de llamar a

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

sus amigas de soltera, que ahora están casadas y con hijos pequeños, ha optado por salir de compras sola. Así, cuando se encuentra mal –lo que sucede más frecuentemente cuando su marido está fuera–, se arregla, va a la peluquería y sale de compras. Suele acudir a un centro comercial, en donde la compra de diversos objetos y la visión de la gente la distraen y le sirven para superar el estado de ánimo negativo. Esta conducta la lleva a cabo dos o tres veces por semana, los objetos adquiridos son diversos (zapatos, vestidos, productos de cosmética, complementos de vestir, bisutería, discos, etc.) y la factura de cada salida asciende a 25.000/40.000 pts., que abona con una tarjeta de crédito. Al llegar a casa y vaciar las bolsas, se percata de lo innecesario de muchas de las cosas compradas, se arrepiente de lo que ha hecho y frecuentemente comienza a llorar.

50

No es lo mismo hacer la compra o una compra –incluso ir a la compra– que *salir de compras*. Lo que importa no es lo que se compra, sino comprar. Es esto último lo característico de la adicción. Los principales rasgos de esta conducta anómala son que se compra por comprar, que las compras son excesivas, que los objetos adquiridos son innecesarios y que el sujeto es consciente de ello, pero no puede refrenar el impulso. De hecho, si pasa por la puerta de un centro comercial y no entra, sufre un síndrome de abstinencia, es decir, un estado de nerviosismo que sólo se calma cuando entra a comprar (De La Gándara, 1996).

Los adictos a la compra se sienten estimulados por el puro placer de comprar, de sacar la tarjeta de crédito y de sentir la excitación de las bolsas en la mano, así como de recibir la atención de los dependientes. Lo que pone en marcha esta excitación son las ofertas, los escaparates, estrenar algo nuevo, etc. El sentimiento de autoestima y de poder se satisface con esta conducta. Sin embargo, hay una pérdida de aprecio por los productos una vez comprados. En algunos casos los sujetos se resisten a abrir las bolsas cuando llegan a casa.

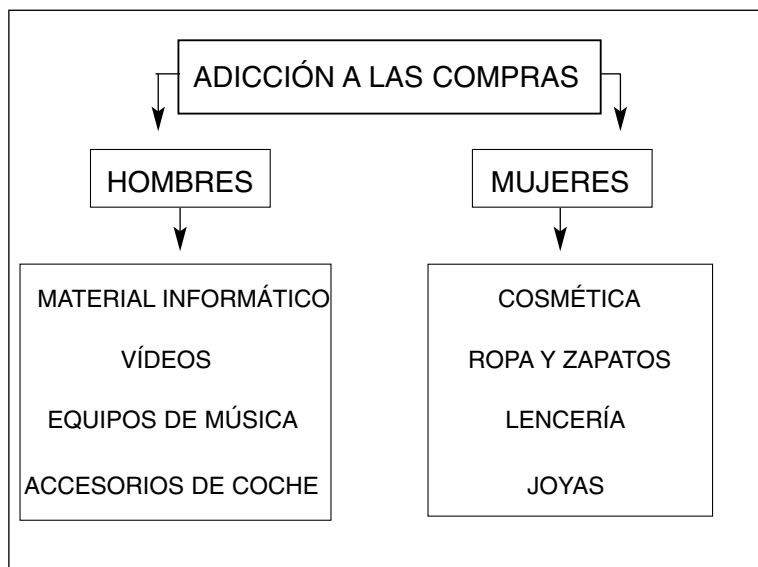
Modalidades de las adicciones psicológicas

Desde una perspectiva epidemiológica, entre el 1% y el 5% de la población puede padecer este mal (el *vértigo de los escaparates*), con una proporción de 4 mujeres/1 hombre. La sobrerrepresentación de la mujer en esta adicción está relacionada con el mayor hábito de compra por parte de las mujeres, más sujetas al dictado de la moda, y con la mayor presencia de sentimientos de soledad y de baja autoestima.

La mayoría de los afectados son personas en torno a los 30 años, que han empezado a comprar de esta manera en torno a los 18/20 años. El problema se destapa y hay un reconocimiento del mismo cuando se dan una serie de circunstancias, como la imposibilidad de hacer frente a las deudas, los reproches de los seres queridos, una situación de bancarrota, etc.

Tabla 17

51



¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

Los objetos de compra, sin embargo, son distintos en función del sexo (*tabla 17*). A las mujeres –muy influidas por la moda y por la preocupación por la imagen corporal– les fascinan los artículos de cosmética, la lencería, la ropa de vestir y los complementos (zapatos, guantes, gafas, etc.), los regalos y las joyas, es decir, todo lo que está relacionado con el atractivo físico. Los hombres se decantan más por el material informático, los vídeos, los equipos de música y los accesorios del automóvil. Algunos sujetos, independientemente del sexo, tienden a adquirir todo lo que sean “gangas”, rebajas o artículos con descuento.

La motivación en uno y otro sexo es la misma: aumentar la autoestima. Las mujeres están socialmente condicionadas –al menos, lo han estado– a hacer derivar la autoestima del aspecto físico. A los hombres, por el contrario, se les ha valorado tradicionalmente por ser expertos o poseer riqueza.

52 El ciclo habitual de la conducta compradora adictiva es el siguiente: a) estado de ánimo disfórico (tristeza, ira, nerviosismo); b) excitación ante las expectativas de comprar; c) adquisición placentera de objetos superfluos; d) arrepentimiento y autorreproches por el dinero gastado y por la pérdida de control (sucumbir a una tentación de la que van a derivar consecuencias negativas genera siempre una sensación de malestar); y e) repetición del ciclo para la superación del malestar. Suele haber intentos de resistir los impulsos, pero suelen ser habitualmente fallidos.

La compra compulsiva funciona como un hábito inadecuado que se adquiere a fuerza de repetir una conducta que en un principio resulta agradable o bien como una estrategia de afrontamiento inadecuada para hacer frente a los problemas personales. En algunas ocasiones la compra compulsiva denota una conducta pasivo-agresiva de la mujer contra su marido a través de la tarjeta de crédito: es la *compra como venganza*. No es infrecuente la asociación de esta adicción con alteraciones psicopatológicas, como

Modalidades de las adicciones psicológicas

depresión, trastornos de ansiedad o de la conducta alimentaria (bulimia, sobreingesta compulsiva, obesidad). Todos estos problemas denotan una baja autoestima y una falta de autocontrol, reflejo de la impulsividad del sujeto.

Hay ciertas circunstancias personales y sociales que facilitan la adicción a la compra. En concreto, el alejamiento de la familia, la soledad o la insatisfacción con la pareja o con el trabajo constituyen factores de riesgo. En realidad comprar es, en cierto modo, una forma de ver gente y de sentirse *reina por un día*. En otros casos, adquirir regalos es un modo de conseguir el aprecio de los demás.

Tabla 18

TEST DE ADICCIÓN A LAS COMPRAS	
1.	¿Cree usted que tiene problemas de control con las compras? Sí ☐ No ☐
2.	¿Se suele sentir culpable por haber comprado o gastado más de lo planificado o por haber adquirido objetos innecesarios? Sí ☐ No ☐
3.	¿Ha intentado alguna vez dejar de comprar y no ha sido capaz de ello? Sí ☐ No ☐
4.	¿Suele recurrir a préstamos o créditos para ir de compras o para pagar deudas? Sí ☐ No ☐
5.	¿Intenta ocultar (o engañar sobre el precio de) lo comprado para evitar una reprobación de la familia? Sí ☐ No ☐
Puntuación	Valoración
2 o más	Probable adicto a las compras

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

Las consecuencias de la adicción a la compra suelen ser muy negativas: deudas, problemas con la justicia (estafas, hurtos, etc.), ruina, deterioro de las relaciones interpersonales, soledad, divorcio e intentos de suicidio. De hecho, la depresión puede facilitar esta adicción, pero también puede ser una consecuencia de la misma.

Los lectores interesados pueden encontrar un test de adicción a las compras en la *tabla 18*.

5.5. Adicción al trabajo

Además de ser una fuente de ingresos, el trabajo proporciona a las personas una serie de elementos que influyen en el equilibrio personal: un nivel de actividad, una estructura del tiempo diario, un desarrollo de la expresión creativa, un intercambio de relaciones sociales y una identidad personal, así como un sentido de utilidad.

54

En los siglos XIX y XX se ha producido una humanización progresiva de las condiciones laborales. Hace 200 años un trabajador cubría, por término medio, 220.000 horas de trabajo a lo largo de su vida, mientras que hoy no pasa de las 70.000, a pesar de que la expectativa de vida se ha ampliado de forma considerable. Ello ha traído consigo una revalorización del ocio como determinante de la calidad de vida de una persona. De hecho, una equilibrada distribución del tiempo entre el trabajo, el descanso, el ocio y las relaciones sociales es un requisito fundamental para el bienestar personal (Alonso-Fernández, 1996).

Sin embargo, 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. Esta tendencia ilimitada a elevar el nivel material de vida esquilma la mayor parte del tiempo libre.

La dedicación intensa al trabajo se ha considerado durante muchos años como una conducta adecuada y socialmen-

Modalidades de las adicciones psicológicas

te valorada, que denota un sentido elevado de responsabilidad y que responde a los valores de una sociedad en donde se priman el éxito y la posesión de un determinado estatus. De hecho, incluso ha sido categorizada como una *adicción positiva*, es decir, como una conducta repetitiva que proporciona bienestar económico e integración social a una persona (Killinger, 1993).

La adicción al trabajo se caracteriza por una implicación progresiva, excesiva y desadaptativa a la actividad laboral, con una pérdida de control respecto a los límites del trabajo y una interferencia negativa en la vida cotidiana (relaciones familiares y sociales, tiempo de ocio, estado de salud, etc.). Al margen de las percepciones distorsionadas del sujeto, la sobreimplicación laboral responde al ansia o necesidad de la persona —el trabajo de este modo genera una excitación que oscila entre la fascinación y el sobresalto— más que a las necesidades objetivas del entorno laboral. Lo que distingue a un adicto es más su actitud hacia la tarea que el número de horas dedicadas. Todo ello viene acompañado frecuentemente por ideas sobrevaloradas acerca del dinero, del éxito o del poder (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998).

55

Las principales características de esta adicción son las siguientes (Killinger, 1993): a) implicación elevada en la actividad laboral; b) impulso a trabajar debido a presiones internas; c) poca capacidad para disfrutar de la tarea realizada; y d) búsqueda de poder o prestigio. Lo que está en juego en el adicto es la propia autoestima y el reconocimiento social. No es infrecuente que bajo la adicción al trabajo se escondan sentimientos de inferioridad y de miedo al fracaso.

Diego, de 35 años, casado y con una hija de 3 años, es ingeniero industrial y está al frente de una empresa consultora, creada por él mismo y que tiene a su cargo a 15 trabajadores. Procede de una familia muy humilde y se ha esforzado mucho

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

para completar sus estudios con buenas notas y, ahora, para sacar la empresa adelante. Es introvertido, meticulado, con pocas aficiones y relaciones sociales y muy perseverante en sus objetivos. De joven fue un nadador destacado. Desde la constitución misma de la empresa –ahora hace 5 años– dedica continuamente horas extras al trabajo, los fines de semana se encierra con papeles en el despacho particular de casa, se acuesta muy tarde con preocupaciones laborales, etc. Se siente imprescindible y se ocupa personalmente de asuntos secundarios, le cuesta delegar en sus subordinados y se muestra muy exigente con ellos. En las relaciones con su mujer y su hija se muestra irritable, poco comunicativo y autoritario. Acepta a regañadientes salir 15 días de vacaciones, pero a condición de llevar una “oficina portátil” (ordenador, móvil, etc.). Desde hace 2 años ha comenzado a engordar –come mucho fuera de casa–, fuma mucho, abusa del alcohol, no hace nada de ejercicio físico y lleva un estilo de vida anárquico e irregular. Hace unos meses ha comenzado a sentirse mal y a experimentar síntomas cardiovasculares y psíquicos: palpitaciones, hipertensión, insomnio, pérdida del interés sexual, estado de ánimo deprimido, etc.

56

Sin embargo, no toda dedicación intensa al trabajo revela la existencia de una adicción. Las personas muy trabajadoras, pero no adictas, disfrutan con el trabajo, son muy productivas, le dedican mucha energía y entusiasmo y tratan de equilibrarlo con la dedicación del tiempo libre a la familia, las relaciones sociales o las aficiones. Además, los períodos de sobreimplicación laboral responden a una demanda objetiva del mismo, habitualmente de carácter temporal.

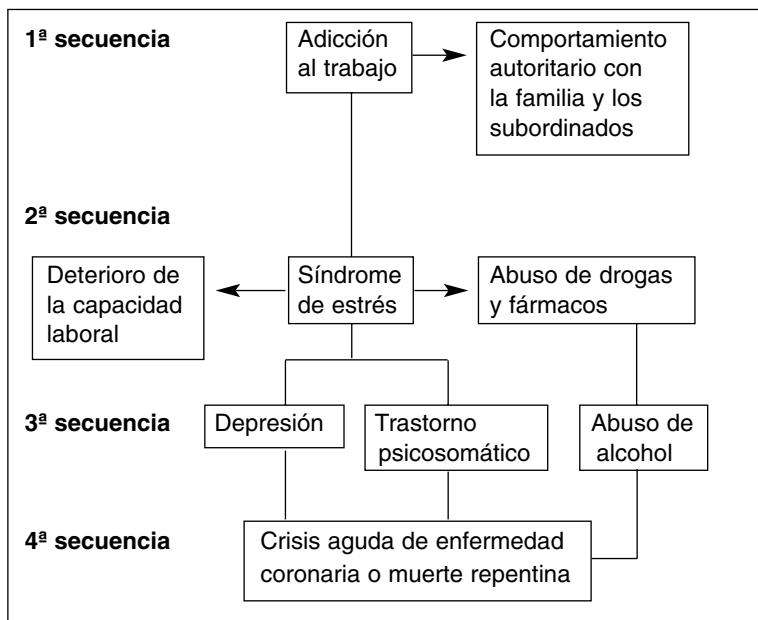
Por el contrario, en los adictos el trabajo interfiere negativamente en la salud física, en la felicidad personal o en las relaciones familiares y sociales. Al carecer de control sobre la dedicación a las obligaciones, invierten una gran cantidad de tiempo y de pensamientos, incluso cuando están fuera, en el trabajo, que se constituye en el elemento prioritario de todo lo que les rodea. De hecho, hay una alta implicación laboral incluso en actividades rutinarias y que

Modalidades de las adicciones psicológicas

podrían ser desempeñadas por otras personas. En estas circunstancias las consecuencias negativas son de varios tipos: relaciones familiares deterioradas, aislamiento social, pérdida del sentido del humor, desinterés por las relaciones interpersonales “no productivas”, relaciones sexuales programadas y no espontáneas, debilitamiento de la salud, alteraciones cardiovasculares relacionadas con el estrés, etc. (Sender, 1997).

Figura 2. Secuencia evolutiva de la adicción al trabajo

(Alonso-Fernández, 1996)



La necesidad irrefrenable de dedicar su vida y tiempo al trabajo de un modo central y excesivo lleva al adicto a sentirse insatisfecho o irritable cuando se encuentra alejado de

la actividad laboral –días festivos y fines de semana, por ejemplo– (*¡qué triste estar de vacaciones!*). Las vacaciones constituyen un auténtico calvario porque el disfrute del tiempo libre –las relaciones sociales incluidas– se vive como una pérdida de tiempo. Es más, estas personas tienden a continuar con su excesiva implicación en el trabajo a pesar de sufrir estrés o diversos problemas de salud y a ocultar sus pensamientos relacionados con el trabajo para evitar la desaprobación familiar y social. En resumen, hay una calidad de vida deficitaria, con un consumo abusivo de alcohol, tabaco y estimulantes, un tiempo libre demasiado reducido y un ritmo de sueño sometido a grandes variaciones (*tabla 19*). En la *figura 2* se presenta un esquema de una secuencia evolutiva que, según Alonso-Fernández (1996), resulta habitual en la adicción al trabajo.

Tabla 19

ADICCIÓN AL TRABAJO
• IDEAS SOBREVALORADAS: DINERO, ÉXITO O PODER • SOLEDAD AFECTIVA • COMPLICACIONES ➔ ABUSO DE ALCOHOL ➔ COMIDAS COPIOSAS ➔ ESTIMULANTES

Un cuadro-resumen que puede ayudar a diferenciar una actividad laboral intensa de una adicción al trabajo se presenta en la *tabla 20*.

Modalidades de las adicciones psicológicas

Tabla 20. Diferencias entre la adicción al trabajo y los hábitos laborales sanos (Porter, 1996, modificado)

CONDUCTA	HÁBITOS SANOS DE TRABAJO	ADICCIÓN AL TRABAJO
Dedicación prolongada al trabajo, incluso en horas externas al mismo	• Compromiso • Implicación • Dedicación • Sentido de la responsabilidad • Reconocimiento de las necesidades puntuales del trabajo	• Evitación de la soledad, del aburrimiento o del malestar personal • Esfuerzo debido a pensamientos poco realistas • Incapacidad para equilibrar la satisfacción obtenida a partir del trabajo y la obtenida a partir de otros aspectos de la vida
Alto sentido del cumplimiento laboral	• Perfeccionista • Conciencioso	• Intento de justificación de la excesiva implicación en el trabajo
Control de las actividades laborales	• Fiabilidad • Responsabilidad	• Compensación de la falta de control en otros aspectos de la vida
Identificación personal con el trabajo	• Orgullo y satisfacción • Compromiso con el trabajo	• Utilización del trabajo para aumentar la autoestima que no obtiene en otra parte por medio de la obtención de logros

Algunos indicadores relacionados con el comienzo de la adicción son la tendencia al aislamiento social, el agotamiento, un excesivo sentido del deber, la aspereza de trato y la pérdida de satisfacción con las actividades cotidianas anteriormente placenteras.

Si bien no hay estudios epidemiológicos sobre este trastorno, alrededor del 5% de la población general puede ser

adicta al trabajo. Con muestras específicas de profesiones liberales (médicos, psicólogos y abogados), la tasa de prevalencia puede llegar hasta el 23%. Lo que sí parece claro es que la adicción afecta a personas de edades medias (30-50 años), de clase acomodada, con una actividad laboral creativa (ejecutivos y profesionales), con frecuentes cambios de residencia y que no actúan movidas exclusivamente por necesidades económicas. Aunque la adicción se da más entre los hombres que entre las mujeres —éstas suelen tener una visión más amplia de la vida, con un mayor equilibrio entre lo afectivo y lo laboral—, las diferencias en cuanto a sexos tienden a reducirse, especialmente en profesionales jóvenes (Killinger, 1993).

60 Se trata, en definitiva, de una adicción caracterizada por un aumento excesivo de los rendimientos laborales, con un profundo sentido del cumplimiento del deber, con una vida carente de aficiones y con un sentimiento de culpabilidad por disfrutar del ocio o con la conversión de éste en una actividad competitiva más: practicar deporte para ganar a toda costa, y no para disfrutar de la compañía o de la relación proporcionada por el ejercicio físico. En estos casos la actividad laboral funciona como una fuente de motivación y como un desafío impuesto por la propia persona para evaluar su capacidad. El sujeto, atenazado por una serie de creencias irracionales (*“miedo a no valer bastante”, “temor a no disponer de tiempo suficiente para conseguir el bienestar material”,* etc.), puede estar implicado en una batalla sin fin por el éxito, que, una vez alcanzado, no va seguido de una sensación duradera de recompensa o de alivio real de la tensión (Sender, 1997).

La característica específica de la *laborodependencia*, con relación a otras adicciones sin droga, es la de no referirse a un objeto habitual de gratificación directa e inmediata, a diferencia de lo que ocurre con la comida, el sexo, las compras y el juego, que son elementos placenteros en sí

Modalidades de las adicciones psicológicas

misimos. En el caso del trabajo se trata de una actividad que exige la aportación de un esfuerzo que genera una satisfacción personal, una aprobación social, una remuneración económica u otro tipo de gratificación. En este sentido, los principales elementos de placer para el adicto al trabajo son el éxito y el poder adquiridos a través del desarrollo profesional (Alonso-Fernández, 1996).

Las personas inseguras, muy ambiciosas o con relaciones afectivas y sociales pobres constituyen un factor de riesgo para esta adicción. Más en concreto, una personalidad predisponente a la adicción al trabajo, así como a las alteraciones cardiovasculares, es el denominado *patrón de conducta de tipo A*. Los sujetos afectados por este tipo de personalidad están constantemente implicados en una lucha excesiva y relativamente crónica para conseguir un número ilimitado de logros en el menor tiempo posible, incluso en contra de la opinión de otras personas o de las situaciones del entorno. Se trata de personas perfeccionistas, con un excesivo afán de éxito, que necesitan obtener los resultados de sus acciones de manera inmediata (Flores, 1986; Valdés, 1997).

El trabajo inútil, característico de los sujetos con patrón de conducta de Tipo A, aparece como una aberración ejemplarizada en el mito de *Sísifo*, el rey de Corinto que, por haber delatado a Zeus como raptor de la joven Egina, fue condenado a arrastrar sin descanso una gran piedra monte arriba sin lograr retenerla nunca en la cima. La piedra caía por su propio peso y Sísifo se veía obligado a repetir el esfuerzo una y otra vez.

En concreto, se pueden señalar seis rasgos característicos del patrón de conducta de Tipo A (Sender, 1997): un interés excesivo por conseguir objetivos, el deseo de competir, la necesidad de reconocimiento social, una propensión a acelerar la ejecución de cualquier tarea, un estado constante de alerta física y mental, así como una aparente

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

implicación en múltiples actividades a plazo fijo. Estas características coinciden básicamente con el perfil del adicto al trabajo.

En cuanto a la vida laboral de estas personas, su entrega al trabajo, sin apenas distracciones, es socialmente aceptada y se traduce en grandes rendimientos. De hecho, no es infrecuente en estos sujetos una historia de responsabilidades laborales y de ocupación de cargos muy por encima de sus estudios, con la consiguiente insatisfacción e inseguridad.

Sin embargo, la implicación excesiva en el trabajo interfiere negativamente en la vida familiar. Ciertos sesgos cognitivos, como la creencia de que los beneficios de su trabajo revierten también en la familia y de que ésta es su principal aportación a ella, contribuyen a perpetuar esa situación.

62 La actitud perfeccionista y competitiva en el trabajo se traslada frecuentemente a las conductas de ocio. De esta forma, cualquier diversión (cultivar el jardín, jugar a tenis, viajar, recoger setas en el bosque, jugar a las cartas, etc.) se convierte en una carrera agotadora. Esta exigencia de orden laboral aplicada a los pasatiempos comporta el grave peligro –por otra parte tan temido por ellos– de quedarse rápidamente sin entretenimiento ni ocupación.

La adicción al trabajo está vinculada, a través del patrón de conducta de tipo A, al estrés emocional y a las enfermedades cardiovasculares. No está demostrado que el estrés en sí mismo produzca la enfermedad, pero sí cuando se asocia a otros factores de riesgo: el tabaquismo, la hipertensión, la tasa de colesterol alta, el sedentarismo, etc. De hecho, los sujetos con cardiopatía isquémica suelen reunir dos características psicológicas fundamentalmente: a) la incapacidad de expresar sus sentimientos más íntimos; y b) la personalidad de tipo A.

Por último, los adictos al trabajo son muy reacios a considerarse enfermos y a ser tratados adecuadamente. Lo que

Modalidades de las adicciones psicológicas

les lleva a ponerse en tratamiento –y a ser diagnosticados como tales– son el riesgo de enfermar (de alteraciones cardiovasculares y gastrointestinales especialmente, lo cual está asociado a dos rasgos del patrón de conducta de tipo A: hostilidad e impaciencia), los problemas familiares sobrevenidos por dejación de funciones (descontrol emocional, incapacidad para compartir los problemas, etc.) y las complicaciones en el trabajo, como problemas de delegación de funciones o de excesiva exigencia a los subordinados.

Tabla 21

TEST DE ADICCIÓN AL TRABAJO	
1.	Me siento como si constantemente tuviese prisa y fuese a contra reloj.
2.	Me irrito cuando alguien me interrumpe en el transcurso de una tarea.
3.	Siempre estoy ocupado y con muchos asuntos entre manos.
4.	Me comprometo con más actividades de las que puedo hacer.
5.	Me siento culpable cuando no estoy trabajando en algo.
6.	Permanezco frecuentemente en el trabajo una vez que mis compañeros se han ido ya.
7.	Me enfado cuando la gente no responde a mi modelo de perfección.
8.	Tiendo a estar bajo presión poniéndome yo mismo fechas-límite para terminar las tareas.
9.	Me resulta difícil relajarme cuando no estoy trabajando.
10.	Paso más tiempo trabajando que en otro tipo de actividades (salidas con los amigos, aficiones, actividades de ocio, etc.).
11.	Me esfuerzo por ser el primero en todos los proyectos en los que me meto.
12.	Dedico más tiempo, energía y pensamientos a mi trabajo que a las relaciones con los amigos y las personas queridas.
Puntuación <i>4 o más</i>	Valoración <i>Probable adicto al trabajo</i>

Los lectores interesados pueden encontrar un test de adicción al trabajo en la *tabla 21*.

5.6. Adicción a Internet

Internet es un instrumento de comunicación, de trabajo, de ocio, de información, de compra-venta, etc., que puede suponer un cambio en la forma de situarse de las personas ante la realidad. Conectarse a la red representa, en la mayor parte de los casos, implicarse en actividades positivas que generan muchas ventajas y, en último término, una mejora en la calidad de vida. Sin embargo, y como ocurre también en el caso de otras conductas placenteras (la comida, el sexo, las compras, el juego, etc.), algunas personas vulnerables pueden quedar atrapadas en la “telaraña electrónica”, que, en estas circunstancias, contribuye a generar una falsa identidad –un yo a la medida de los deseos de uno mismo– y a sustituir el mundo exterior por una realidad virtual.

La adicción supone una pauta de uso anómala –unos tiempos de conexión anormalmente altos– de forma permanente, que va más allá, por tanto, de la reacción normal en muchos nuevos usuarios: una dedicación intensiva de tiempo como consecuencia de la fascinación inicial por las posibilidades de la red y una regularización temporal dentro de unos límites controlados al cabo de unas pocas semanas.

La capacidad adictiva de Internet deriva de una difusión cada vez más generalizada, de su presencia en los lugares más significativos para una persona (el hogar, el centro de trabajo o de estudio, los sitios de ocio, etc.), de su bajo coste y de sus inmensas posibilidades de relación sin exigir prácticamente nada a cambio. El anonimato es una de las grandes ventajas del ciberespacio.

La red permite satisfacer dos tipos de necesidades básicas: a) la estimulación solitaria (búsqueda de información y

Modalidades de las adicciones psicológicas

de imágenes o incluso sonidos, juegos solitarios, obtención de nuevos programas, etc.); y b) la búsqueda de interacción social. En este sentido, no deja de ser significativo que los elementos del ciberespacio que cuentan con un mayor componente adictivo y en los que están más implicadas las personas dependientes de Internet se refieran, aunque no exclusivamente, a la relación interpersonal: a) los “chats” o canales de conversación en tiempo real; b) los foros de discusión; c) el correo electrónico; d) las páginas “Web”; y e) los canales “mud” o juegos “on line” (juegos de rol, estrategia, etc.) (Echeburúa, Amor y Cenea, 1998).

Antonio, de 30 años, es economista de profesión y trabaja en un banco. Es soltero y vive con sus padres. Sus hermanos están ya casados. Introverso y de pocos amigos, pasa muchas horas en casa en los ratos libres. Siempre ha sido muy aficionado a la TV, a los videojuegos y a las pantallas de ordenador. Desde hace 1 año, en que se conectó a Internet en casa, dedica todo su tiempo libre a navegar por la red. La dedicación diaria a Internet, sobre todo al correo electrónico y a los canales de conversación, es de más de 5 horas, lo que le supone en muchos casos restar horas al sueño. Cuando está en la red, siente una sensación de poder y de autoestima que no tiene en la vida real, sobre todo ahora que tiene muchos amigos virtuales. La timidez que muestra en la vida real le desaparece delante de la pantalla. Durante la jornada laboral tiene pensamientos frecuentes sobre la red y está pendiente del reloj para saber cuándo puede volver a casa. Su rendimiento laboral se ha resentido en los últimos meses.

65

En algunos pacientes la adicción al ordenador puede ser secundaria a otros trastornos. Es el caso, por ejemplo, de personas con otras adicciones (adicción al sexo, al juego o a las compras) o con parafilias (pedofilia, “voyeurismo”, etc.) que pueden engancharse a la red en función de su trastorno primario. En estas situaciones es esta alteración primaria —y no el hecho de la navegación por el ciberespacio— lo que requiere una atención clínica prioritaria.

La dependencia a Internet comienza de una forma gradual. Algunos signos iniciales de alerta son la comprobación reiterada e irrefrenable del correo electrónico, el bloqueo del teléfono de casa al navegar por la red, el aumento desproporcionado de las facturas telefónicas y la inversión injustificada de tiempo y dinero en servicios “on line”. Lo que es una afición o un instrumento de trabajo o de estudio se convierte en la parte central de la vida de una persona. En estos casos la red no se utiliza meramente para obtener información, sino como una manera de buscar una satisfacción inmediata y de huir de los problemas. Todo ello viene acompañado de unos cambios psicológicos adicionales: alteraciones de humor, ansiedad e impaciencia por la lentitud de las conexiones o por no encontrar lo que se busca o a quien se busca (por ejemplo, en un canal “chat” de conversación), estado de conciencia alterado (con una total focalización atencional), irritabilidad en caso de interrupción, incapacidad para salirse de la pantalla (incluso para comer o atender una cita a la hora convenida), etc.

66

El adicto –presa de una excitación que recuerda la experiencia psicotrópica con las drogas– empieza a aumentar su dependencia del ordenador hasta aislarse del entorno y no prestar atención a otros aspectos de las obligaciones laborales y académicas y de la vida social. En esta relación adictiva con la red hay unos componentes *objetivos* (estar enganchado más de 5 horas diarias –salvo por obligación laboral–, experimentar un gasto exagerado de la cuenta telefónica, dormir mucho menos de lo habitual, etc.) y unos componentes *subjetivos* (utilizar el ciberespacio para mejorar el estado de ánimo y escapar de la vida real). No es infrecuente en este contexto un deterioro de las relaciones afectivas e incluso de la vida de pareja. Los signos y síntomas de la adicción a Internet figuran expuestos en la *Tabla 22*.

Tabla 22

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ADICCIÓN A INTERNET	
a)	Privarse de sueño (<5 horas) para invertir tiempo en la red.
b)	Descuidar otras actividades importantes, como el tiempo con la familia, las relaciones sociales, el trabajo o el cuidado de la salud.
c)	Recibir quejas en relación con el uso de la red de alguien cercano, como la pareja o el jefe.
d)	Pensar en la red constantemente, incluso cuando no se está conectado a ella.
e)	Intentar limitar el tiempo de conexión pero sin conseguirlo o engañarse pensando que se van a invertir unos minutos y darse cuenta después de que ya han pasado varias horas.

Los síntomas experimentados por la dependencia a la red son similares a los sufridos por los ludópatas: pérdida de control, ansiedad, insomnio, irritabilidad, inestabilidad emocional y dificultades serias de comunicación con las personas de su entorno. De la preocupación por este problema da cuenta el aumento considerable del número de referencias dedicadas a este tema en las páginas "Web". De hecho, se ha llegado a postular la existencia de un trastorno de adicción a Internet, como al resto de las sustancias adictivas que figuran en el *DSM-IV* (Young, 1996) (*tabla 23*).

El perfil del adicto a Internet es una persona joven, varón, de profesión liberal, urbano, de clase media-alta y con un buen nivel cultural, así como con conocimientos de tecnología y de inglés. Los usuarios más jóvenes tienden a hacerse más fácilmente adictos. Más importante es, sin embargo, la vulnerabilidad psicológica. Los factores de riesgo más implicados en esta adicción son: el aburrimiento y la carencia de relaciones u objetivos; la falta de habilidades para desenvolverse en el mundo real; la timidez, con el

Tabla 23

TRASTORNO DE ADICCIÓN A INTERNET

(Young, 1996)

- 1. Tolerancia:**
 - a) Necesidad de invertir una cantidad mayor de tiempo en la red para alcanzar el mismo grado de satisfacción.
 - b) Satisfacción cada vez menor con el uso continuo de la misma cantidad de tiempo en Internet.
- 2. Síndrome de abstinencia. Dos o más de los siguientes síntomas:**
 - a) Agitación psicomotriz.
 - b) Ansiedad.
 - c) Pensamientos obsesivos sobre lo que está pasando en Internet.
 - d) Fantasías o sueños en relación con la red.
 - e) Movimientos de los dedos voluntarios o involuntarios relacionados con el tecleado.
Uso de Internet para aliviar estos síntomas.
- 3. El acceso es más frecuente o durante períodos más prolongados de lo que se tenía planeado.**
- 4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de poner fin o de limitar el uso de Internet.**
- 5. Inversión de mucho tiempo en actividades relacionadas con el uso de Internet:** comprar libros, hacer nuevos ensayos en la red o con las páginas Web, etc.
- 6. Abandono o reducción de actividades profesionales, lúdicas o sociales por culpa de Internet.**
- 7. Persistencia en el uso de Internet a pesar de los problemas físicos, sociales, profesionales o psicológicos que son causados o agravados por el uso de Internet:** privación de sueño, problemas de pareja, tardanza por la mañana, abandono de las obligaciones o pérdida de interés por los demás.

aggravante de que Internet puede hacer más tímidos a los tímidos; la búsqueda de sensaciones en personas solitarias; y la ausencia de una autoestima adecuada (Tabla 24).

Tabla 24

VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA A LA ADICCIÓN A INTERNET	
Déficits de personalidad	• Introversión acusada • Baja autoestima • Nivel alto de búsqueda de sensaciones
Déficits en las relaciones interpersonales	• Timidez • Fobia social
Déficits cognitivos	• Fantasía descontrolada • Atención dispersa y tendencia a la distraibilidad
Alteraciones psicopatológicas	• Adicciones químicas o psicológicas presentes o pasadas • Depresión

Como ocurre en todas las adicciones, las personas dependientes de Internet tienden a negar (o, en todo caso, a minimizar) la dependencia de la red. El análisis de la adicción a Internet requiere una valoración cuidadosa. El tiempo de conexión es una variable cuantitativa significativa, pero puede ser insuficiente si no se pone en relación con las necesidades objetivas (laborales o académicas) del usuario. Los instrumentos de evaluación desempeñan, en este sentido, un papel importante. Un test de adicción a Internet figura expuesto en la *tabla 25*.

En cualquier caso, el ciberespacio no tiene en sí mismo una capacidad intrínseca de adicción, pero quizá algunos componentes interactivos de la red, como los canales de conversación, los canales “mud” o el correo electrónico, pueden generar un abuso en personas psicológicamente vulnerables. Un factor predictor de abuso es el alto grado

Tabla 25

TEST DE ADICCIÓN A INTERNET	
1.	¿Dedica más tiempo del que cree que debería a navegar por la red? Sí ☐ No ☐
2.	¿Piensa que tendría un problema si redujera el tiempo que pasa en Internet? Sí ☐ No ☐
3.	¿Se han quejado sus familiares de las horas que dedica al ordenador? Sí ☐ No ☐
4.	¿Le resulta duro permanecer alejado de la red varios días seguidos? Sí ☐ No ☐
5.	¿Se resienten sus relaciones al pasar muchas horas conectado al ordenador? Sí ☐ No ☐
6.	¿Existen áreas o archivos de la red a los que encuentra difícil resistirse? Sí ☐ No ☐
7.	¿Tiene problemas para controlar el impulso a adquirir productos y servicios ofertados en la red? Sí ☐ No ☐
8.	¿Ha intentado, sin éxito, reducir su uso? Sí ☐ No ☐
9.	¿Extrae gran parte de su placer vital del hecho de estar conectado a la red? Sí ☐ No ☐
Puntuación	Valoración
0-3	<i>Sin problemas</i>
4-6	<i>Riesgo</i>
7-9	<i>Problema</i>

Modalidades de las adicciones psicológicas

de excitación experimentado cuando se está conectado a la red, como ocurre también en las personas que se hacen dependientes de los videojuegos o del juego con dinero.

Por ello, y al margen de que algunas personas hagan un uso inadecuado y contraproducente de la red, resulta prematuro aún hablar de un trastorno de adicción a Internet. Navegar por la red puede ser, en sentido estricto, una pauta de comportamiento adictiva –de hecho, aparecen síntomas de tolerancia, de abstinencia y de ansia (*“craving”*)–, pero no suele caracterizarse por la adopción de conductas tan autodestructivas como en el caso del resto de las adicciones.

En resumen, la dependencia a Internet puede ser reflejo de unas carencias psicológicas primarias (soledad, déficit de habilidades de comunicación, otros trastornos mentales, etc.) o de problemas de pareja, que son los que pueden requerir una atención clínica prioritaria. En concreto, cabe la posibilidad de que personas adictas a sustancias o a otras conductas tiendan a hacer fácilmente un uso adictivo de Internet.

Tratamiento

Las adicciones psicológicas son muy distintas unas de otras, pero todas ellas tienen algo en común que constituye su aspecto nuclear: la pérdida de control sin la presencia de una sustancia química adictiva. Por ello, las vías de intervención postuladas son muy similares en todos los casos: a) el control de los estímulos vinculados a la adicción; b) la exposición prolongada a los elementos suscitadores de la avidez o ansia por la conducta adictiva; c) la solución de los problemas específicos; d) la creación de un nuevo estilo de vida; y e) la prevención de recaídas.

En las páginas siguientes se presentan las líneas de actuación *comunes* a todas las adicciones psicológicas. No se trata de precisar con detalle las estrategias terapéuticas *específicas* necesarias en cada una de las adicciones, que es un objetivo que excedería de los límites de este libro. El lector interesado puede encontrar información detallada de cada una de las adicciones en la lista de las lecturas recomendadas.

6.1. Control de estímulos

El control de estímulos –un primer paso siempre necesario en el tratamiento– se refiere a la evitación, en la primera fase de la terapia, de los estímulos asociados a la conducta descontrolada. En el caso de la ludopatía, por ejemplo, se trata de ejercer un control sobre el dinero, eludir los circuitos de riesgo (por la tendencia de los sujetos a jugar en los mismos lugares), evitar la relación con amigos jugadores y, en

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

los casos necesarios, recurrir a la autoprohibición de la entrada en bingos y casinos, así como de hacer una planificación para devolver las deudas contraídas. A medida que transcurre el tratamiento, el control de estímulos tiende a hacerse menos estricto, excepto por lo que se refiere al contacto con otros jugadores, que siempre van a constituir un factor de riesgo para el sujeto (Echeburúa y Báez, 1994).

En la adicción al sexo el control de estímulos incluye una supresión total temporal de la conducta sexual (incluida la masturbación). De este modo, el adicto se convence de la posibilidad de vivir sin sexo y puede llegar a ejercer un control sobre los impulsos. De forma progresiva se puede reinstaurar la conducta sexual limitada a unos objetivos concretos, una frecuencia determinada y unas fantasías específicas, todo ello en consonancia con unas conductas adaptativas y con el encuadre de la sexualidad en el marco de una relación afectiva.

74

Lo que implica el control de estímulos en los adictos a la comida es limitar la compra a los alimentos necesarios señalados de antemano en una lista, de modo que no se tengan alimentos prohibidos en casa, comer sentado y exclusivamente a unas determinadas horas, en compañía (lo cual es una válvula de protección al mitigar la soledad y facilitar el autocontrol), en los mismos lugares (cocina o comedor), sin otras actividades simultáneas (ver televisión, leer, etc.) y sin exceder de un número prefijado de calorías, excepto en los extras permitidos. En cuanto a los hábitos alimenticios, es útil dejar un período de tiempo mínimo entre las ganas de comer y la comida, así como modificar la forma de comer (servir la comida en platos pequeños, aprender a comer despacio, poner poca cantidad en el cubierto, no comer nunca dos cosas a la vez y dejar algo de comida en el plato). Por otra parte, conviene aprender a dar respuestas alternativas a la comida en las situaciones de estrés (relajación, relación social) (Avia, 1983).

Tratamiento

El control estimular en los adictos a las compras puede suponer no entrar en las tiendas más que a unas horas concretas, limitar el dinero disponible en la cartera, pagar sólo con dinero en efectivo, retirar las tarjetas de crédito, comprar en compañía de otras personas no consumistas, adquirir sólo productos planificados con anterioridad en una lista y visualizar, cada vez que se compra algo, el dinero que ha costado. Más adelante se puede utilizar la tarjeta, pero siempre dentro de un sobre (o envuelta en la factura de la tarjeta del mes anterior) y con un control de gastos diario para adquirir conciencia de su uso.

Respecto a los adictos al trabajo, el control de estímulos requiere una reducción de los compromisos, el establecimiento estricto de un horario laboral razonable (con una inversión de los términos del proverbio tradicional: *“deja para mañana lo que no puedas hacer hoy”*) y el respeto a los fines de semana y las vacaciones, así como una flexibilidad en los imprevistos que impidan la consecución de las metas laborales trazadas. Unas normas de higiene complementarias son el establecimiento de una dieta equilibrada, un control del sueño, la regulación del alcohol y de los excitantes y una implicación activa en el tiempo libre, tanto a un nivel lúdico como a un nivel familiar y social.

Por último, en el control de estímulos referido a la adicción a Internet se trata, tras un período de abstinencia total, de limitar el tiempo de conexión a la red (al margen de las obligaciones laborales) a no más de 120 minutos/día, de atender los mensajes del correo electrónico sólo una vez al día y a una hora concreta, de estar conectado en compañía, de no hacerlo nunca quitando horas al sueño y de eliminar los pensamientos referidos a la red cuando no se está conectado a ella. La planificación del tiempo libre –tanto más estricta cuanto más se está en los comienzos del tratamiento– resulta asimismo fundamental.

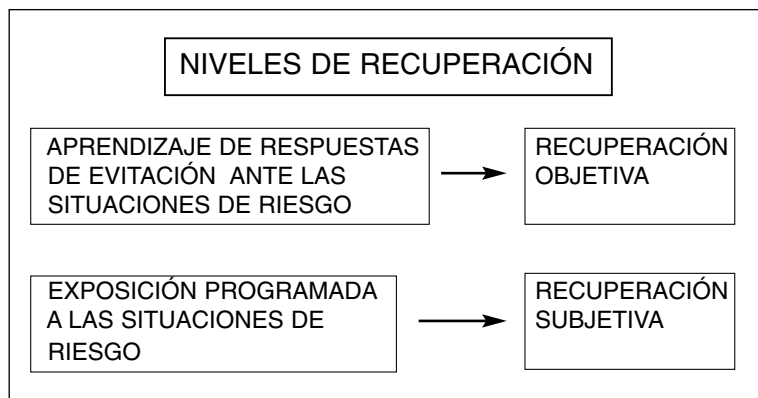
6.2. Exposición a los estímulos

El control de estímulos es un paso necesario, pero no suficiente, para reasumir el control sobre las conductas adictivas. Esta técnica, basada en la evitación, ayuda al sujeto a mantenerlo alejado de los estímulos peligrosos y contribuye a producir en el paciente una mejoría objetiva.

Sin embargo, muchas de las conductas adictivas –comer, comprar, jugar, trabajar, tener relaciones sexuales, etc.– están presentes continuamente en la vida cotidiana. Cuando el sujeto evita los estímulos relacionados con la adicción (no entrar en los bares con máquinas tragaperras, no acudir a unos grandes almacenes a comprar, no asistir a fiestas por el riesgo de comer en exceso, etc.), consigue una **recuperación objetiva** (no implicarse en la conducta adictiva), pero puede manifestar una **intranquilidad subjetiva** (pensar con ansia en *lo prohibido*, no estar seguro de si va a ser capaz de controlarse en el futuro, etc.). De ahí cabe concluir que esta estrategia de evitación de riesgos –adecuada en las primeras etapas del tratamiento– se muestra, sin embargo, insuficiente en una fase ulterior (*tabla 26*).

76

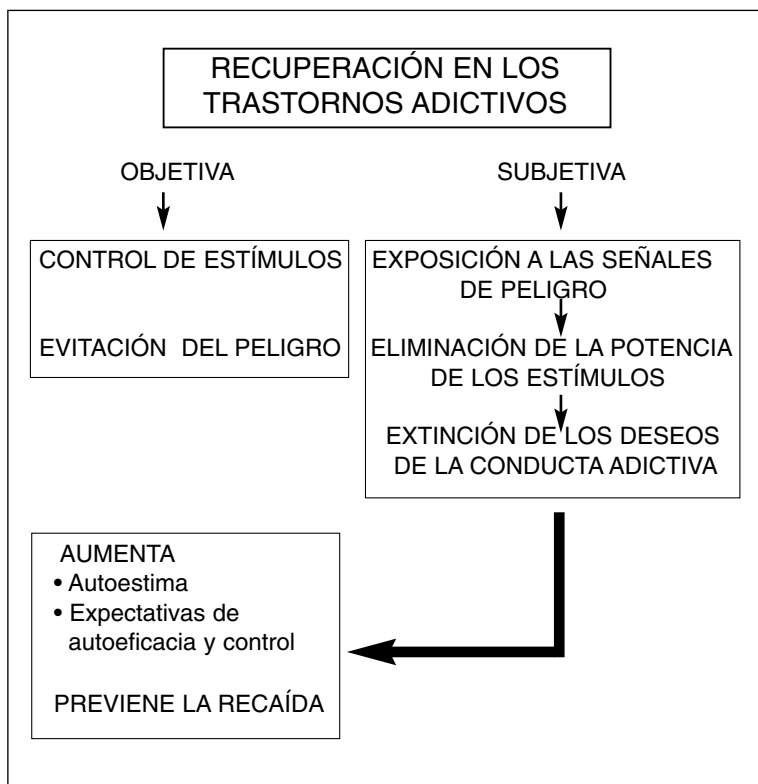
Tabla 26



Tratamiento

El paciente no puede adoptar una estrategia de evitación indefinidamente porque no se reducen la intranquilidad y los pensamientos indebidos y aumenta el riesgo de recaída. La recuperación total (objetiva y subjetiva) —es decir, la desaparición de la avidez por la conducta inadecuada— sólo se produce cuando el sujeto se expone, en una segunda fase del tratamiento, a los indicios de riesgo de forma progresiva y regular y es capaz de resistirse a ellos sin adoptar conductas de escape (*tabla 27*).

Tabla 27



Por ejemplo, un ex adicto a la comida puede acudir a una fiesta en compañía de un amigo, comer tres canapés y consumir un refresco, rechazar los dulces y tomar en su lugar un zumo, etc., resistiendo a las tentaciones presentadas. Un ex jugador puede entrar en un bar con un amigo, pedir un café, estar en presencia de una máquina tragaperras y aguantar el desasosiego interno sin jugar y sin marcharse del bar hasta que haya decrecido considerablemente el malestar. La exposición a los indicios de riesgo debe hacerse inicialmente en compañía de alguna persona de confianza (familiar, amigo, etc.). Hacerlo a solas es algo que debe intentarse sólo cuando ya se ha ensayado esta situación repetidas veces con otras personas y el paciente se encuentra seguro de sí mismo (Hodgson, 1993).

78

Sólo cuando se ha llegado a esta fase decrece la intranquilidad subjetiva y el paciente adquiere confianza en su capacidad de autocontrol ante las diversas situaciones cotidianas. De este modo, el riesgo de recaída es menor.

El lector interesado puede consultar un protocolo específico de control de estímulos y de exposición aplicado al juego patológico, con el diario de sesiones correspondiente, en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

6.3. Solución de problemas específicos

No es siempre fácil saber si los problemas experimentados por el paciente son causa o consecuencia de la adicción. Uno de los objetivos terapéuticos es enseñar al sujeto a que pueda afrontar adecuadamente estas dificultades de la vida cotidiana sin recurrir a la conducta adictiva a modo de solución, que resulta, a la larga, contraproducente.

a) Control del ansia por implicarse de nuevo en la conducta adictiva

El paciente puede experimentar en ocasiones un fuerte deseo de comenzar de nuevo con la adicción, que puede aparecer de repente en una situación determinada (al pasar delante de un bingo o de una pastelería, por ejemplo) o ante ciertos estímulos internos (cuando se encuentra aburrido o deprimido o cuando le viene a la mente alguno de los recuerdos agradables experimentados con la conducta adictiva). En la *tabla 28* figuran algunas acciones que se pueden poner en marcha en estas circunstancias.

Tabla 28

¿QUÉ HACER ANTE UN DESEO IMPULSIVO DE REALIZAR LA CONDUCTA ADICTIVA?	
•	Piense que se le ha pasado por la cabeza una idea tonta. Usted no necesita llevar a cabo esa conducta; simplemente le apetece hacerlo. Las necesidades son ineludibles pero las apetencias pueden rechazarse. Por un mero deseo no puede tirar por la borda todo el progreso que ha hecho en estas últimas semanas. En todo caso, aplace esta decisión hasta mañana, en que se encontrará más tranquilo y lo verá todo más claro.
	Distraígame con alguna actividad o compañía agradable.

Más en concreto, las técnicas de distracción cognitiva tienen por objetivo “*desconectar*” este tipo de imágenes (deseos o pensamientos de reanudar la adicción) de las conductas que lleva a cabo la persona. La forma de conseguir este objetivo está resumida en la *tabla 29*.

Tabla 29. Técnicas de distracción cognitiva

TÉCNICA	CONTENIDO
Orientación atencional a sucesos externos no amenazantes	Lo que debe captar la atención del sujeto puede ser la concentración en algún estímulo ambiental neutro -por ejemplo, la adivinación del lugar de origen de las personas que pasan por la calle- o, en otros casos, el recuerdo de una situación agradable vivida recientemente.
Ocupación de la mente en una actividad absorbente	Contar hacia atrás de tres en tres, hacer un trabajo manual absorbente, jugar una partida de ajedrez o resolver un crucigrama pueden ser ejemplos de este tipo de actividad.
Ejercicio físico	Mantenerse físicamente ocupado ayuda a uno a distraerle de sus pensamientos problemáticos. Ejemplos: practicar deporte de forma habitual, lavar el coche, andar sistemáticamente, etc.

b) Control de la ansiedad

La tensión, la inquietud, el nerviosismo, etc., pueden descontrolar al sujeto y conducirlo de nuevo a la conducta adictiva. Sin embargo, los fármacos ansiolíticos pueden no ser la solución apropiada. De hecho, existe un riesgo de adicción a estos fármacos en personas que han tenido otros problemas adictivos (Echeburúa, 1996).

El control de la respiración (*tabla 30*) y la relajación constituyen un medio adecuado para reducir la tensión y para

Tratamiento

controlar las respuestas de activación del organismo. Si bien son diversos los programas de relajación existentes, un objetivo común a muchos de ellos es enseñar al sujeto a relajar los músculos a voluntad, de modo que pueda ser consciente de las sensaciones de tensión y de laxitud de los mismos. La aplicación esquemática de este método se describe en la *tabla 31*.

Tabla 30. Ejercicios de respiración

Cuando uno percibe los primeros signos de respiración entrecortada, deben darse los siguientes pasos:	
1.	Interrumpir lo que uno está haciendo y sentarse o, al menos, concentrarse en los siguientes pasos. (Si se está en compañía de alguien, puede uno excusar su ausencia durante unos minutos y acudir a un lugar aislado, como, por ejemplo, el cuarto de baño).
2.	Retener la respiración, sin hacer inhalaciones profundas, y contar hasta 10.
3.	Al llegar a 10, espirar y decirse a sí mismo de una forma suave la palabra <i>"tranquilo"</i> .
4.	Inspirar y espirar en ciclos de seis segundos (tres para la inspiración y tres para la espiración), diciéndose a sí mismo la palabra <i>"tranquilo"</i> cada vez que espira. Habrá, por tanto, 10 ciclos de respiración por minuto.
5.	Al final de cada minuto (después de 10 ciclos de respiración), retener de nuevo la respiración durante 10 segundos. A continuación, reanudar los ciclos de respiración de seis segundos.
6.	Continuar respirando de este modo hasta que hayan desaparecido todos los síntomas de la respiración entrecortada.

Tabla 31. Ejercicios de relajación muscular

Grupos musculares	Instrucciones
Manos	Cerrar, apretar y notar la tensión. Abrir, soltar poco a poco y distinguir las diferentes sensaciones entre tensión y relajación.
Brazos (bíceps)	Doblarlos, notar la tensión y soltarlos paulatinamente.
Brazos (tríceps)	Estirarlos hacia adelante, sentir la tensión, aflojarlos y relajarlos.
Frente	Subir las cejas arrugando la frente, notar la tensión, soltar y relajar.
Entrecejo	Fruncirlo y soltar despacio.
Ojos	Desplazarlos a la derecha, arriba, a la izquierda, abajo; soltarlos y relajarlos.
Mandíbulas Labios	Sonreír de manera forzada, soltar y relajar. Apretarlos, soltar y relajarlos.
Cuello	Girar a la derecha, a la izquierda, adelante, atrás; soltar y relajar.
Hombros	Subirlos hacia las orejas, llevarlos atrás, soltar y relajarlos.
Tórax	Respirar lentamente.
Estómago	Contraer hacia dentro y hacia fuera, soltar y relajar. Respirar lentamente.
Nalgas	Contraerlas apretando hacia el asiento, soltar y relajar.
Piernas (1)	Subirlas con las puntas de los pies hacia la cara; soltar y relajarlas.
Piernas (2)	Subirlas con las puntas de los pies estiradas; soltar y relajarlas.
<i>Respirar lentamente. Soltar todo el cuerpo. Notar las sensaciones agradables de la relajación. Descansar.</i>	

Hay personas que son capaces de relajarse físicamente pero no mentalmente, quizá porque están demasiado pendientes de sus inquietudes y preocupaciones. En estos casos pueden ser de interés los ejercicios de relajación mental (*tabla 32*).

Tabla 32. Ejercicios de relajación mental

- | | |
|----|--|
| 1. | Escriba una lista de lugares o situaciones que le resulten relajantes. Por ejemplo: tomar un baño en la playa, escuchar música grata, pasear por el campo, tomar algo en una terraza acompañado de un grupo de amigos, etc. |
| 2. | Al relajarse muscularmente después de hacer los ejercicios, imagine de la forma más realista posible que está en una de esas situaciones apacibles. |
| 3. | No se preocupe si no puede concentrarse durante mucho tiempo en una imagen. Si tiene varias, puede imaginarlas una detrás de otra. Se trata de apartar de la mente los pensamientos preocupantes durante períodos cada vez más largos. |
| 4. | Si no puede pensar en una imagen relajante, concéntrese en algo interesante o divertido. |

La relajación es sólo efectiva si se practica de forma regular (mejor aún, diariamente). No obstante, hay otras actividades, como el ejercicio físico (pasear, nadar, correr, jugar al tenis, etc.), que constituyen otra forma de relajación. El deporte no es exclusivo de la juventud: siempre hay un ejercicio físico adecuado para cada edad.

c) Control de la depresión

Un estado de ánimo triste facilita la recaída en la adicción. Cuando una persona se encuentra decaída, tiende a añorar los buenos momentos vividos con la conducta adic-

tiva y a olvidar, sin embargo, las consecuencias negativas que le ha acarreado. De este modo, el recurso a la adicción puede ser una forma momentánea de superar una situación de soledad o de malestar emocional.

Un problema adicional en el adicto suele ser la existencia de un repertorio de conductas pobre, relacionado, a su vez, con sensaciones de aburrimiento y/o soledad. La solución en estas circunstancias es distraerse, practicar alguna actividad agradable y charlar con otras personas (*tablas 33 y 34*). Todo ello contribuye de una forma decisiva a mejorar el estado de ánimo.

Tabla 33. Programación de actividades lúdicas

- Haga una lista de las actividades que le gusta llevar a cabo o que le han interesado en un pasado reciente.
- Reserve tiempo suficiente para realizarlas al final de su jornada laboral y los fines de semana y vacaciones.
- Concédase algún capricho. Mímese un poco de vez en cuando.

Los pensamientos negativos, relacionados con acontecimientos de la vida real, pueden llevar también a una persona a un estado de ánimo triste y contribuyen a aumentar el riesgo de recaída.

Luis, de 35 años, casado y con 2 hijos, administrativo de profesión, había conseguido superar con éxito su adicción a las máquinas tragaperras después de recibir tratamiento. Llevaba casi dos años sin jugar y su vida había mejorado considerablemente durante este tiempo. Se sentía un hombre nuevo y estaba seguro de que nunca más volvería a jugar. Un día, cuando volvía a casa después de trabajar, se le averió el coche. Llamó

Tratamiento

a la grúa y le llevó su coche al taller. En el garaje, después de examinar el motor, le dijeron que era un coche muy viejo y que ya no tenía arreglo. Luis se entristeció mucho con esta noticia. Su situación económica no le permitía afrontar la compra de un coche nuevo. No podía dejar de pensar en ello y le daba constantemente vueltas al asunto.

Tabla 34. Lista de actividades positivas

- Planear algo agradable.
- Salir (de paseo, de compras, al campo).
- Ir a ver un espectáculo.
- Salir de viaje.
- Ir a una reunión, a clase, a una conferencia.
- Asistir a una reunión social.
- Hacer deporte o jugar a algo.
- Pasar tiempo con un “hobby” o un proyecto.
- Entretenerse en casa (leyendo, escuchando música, viendo televisión).
- Hacer algo para uno mismo (comprarse algo, cocinarse algo, vestirse bien).
- Pasar tiempo relajándose (pensando, soñando despierto, sentado sin hacer nada, dormitando).
- Arreglarse, asearse. Ir a la peluquería.
- Insistir en una tarea difícil.
- Terminar una tarea rutinaria o desagradable.
- Hacer bien un trabajo.
- Cooperar con alguien en una tarea en común.
- Hacer algo especial para alguien, ser generoso.
- Buscar compañía de otras personas (llamarlas, acercarse a ellas).
- Iniciar una conversación (en una tienda, en una fiesta, en clase).
- Comentar una cuestión interesante o divertida.
- Expresarse de manera clara y abierta (por ejemplo, una opinión, una crítica).
- Jugar con niños o animales.
- Premiar o alabar a alguien.
- Demostrar amor o afecto a otras personas.

Tabla 35. Ejercicio práctico para eliminar pensamientos automáticos

Suceso activador: Luis se entera de que la avería de su coche no tiene remedio

Consecuencia de los pensamientos automáticos: *"me siento triste"*

Posible pensamiento automático: *"mi vida es un desastre"*

Discusión: *"¿es verdad que mi vida es un desastre?"*

Respuesta racional: *"existen muchos aspectos en los que mi vida es muy buena: he conseguido formar una familia, mis hijos me quieren mucho, el año pasado me promocionaron en el trabajo", etc.*

Posible pensamiento automático: *"no sirvo para nada, ni siquiera para poder comprarme un coche"*

Discusión: *"¿realmente no sirvo para nada?"*

Respuesta racional: *"no poder comprarme un coche no significa que no sirva para nada. De hecho, hay muchas cosas que puedo hacer bien. Soy bueno haciendo mi trabajo, los idiomas se me dan muy bien, me propuse dejar de jugar y lo he conseguido, creo que he educado bien a mis hijos", etc.*

Posible pensamiento automático: *"mis compañeros de trabajo se reirán de mí cuando me vean aparecer en el autobús"*

Discusión: *"¿ir a trabajar en autobús es motivo de risa?"*

Respuesta racional: *"muchas personas van a trabajar en autobús; además, eso significa que ahorraré más dinero", "aunque tuviera coche, sería buena idea ir a trabajar en autobús para evitar los atascos", etc.*

Posible pensamiento automático: *"soy un fracasado"*

Discusión: *"¿de verdad soy un fracasado?"*

Respuesta racional: *"no tener coche no significa que sea un fracasado", "he conseguido mantener mi puesto de trabajo, a pesar del paro existente en la actualidad", "hay otros aspectos de mi vida en los que he tenido éxito", etc.*

Consecuencias de las discusiones y de los pensamientos racionales: *"me siento menos triste", "me aprecio más a mí mismo", "he recuperado la confianza", "si trabajo duro y ahorro lo suficiente, podré comprarme un coche en el futuro", etc.*

El caso de Luis muestra que los acontecimientos de la vida cotidiana pueden llevar a una persona a un estado de ánimo deprimido. Lo importante no son, sin embargo, los sucesos, sino los pensamientos —los denominados **pensamientos automáticos**— que uno tiene sobre los sucesos. En realidad, los sentimientos —en este caso la tristeza— provienen de lo que uno piensa y del sentido que confiere a las cosas que pasan.

Lo que procede en estas circunstancias es modificar los pensamientos automáticos y sustituirlos por pensamientos racionales. ¿Pero cómo hacerlo? Una forma útil es preguntarse cómo vería un observador objetivo la situación de uno; otra, determinar cuál es la evidencia para tener tal pensamiento o preguntarse si hay alguna otra alternativa realista en relación con dicha situación. Un ejercicio práctico para eliminar pensamientos automáticos figura descrito en la *tabla 35*.

Lo que resulta importante es poner en marcha la práctica de actividades agradables y la discusión de pensamientos automáticos cuando uno **empieza** a sentirse mal, no cuando se encuentra ya abrumado por la tristeza. Sólo entonces es cuando se puede ejercer un cierto control sobre la conducta.

87

d) Control de los conflictos interpersonales

La convivencia con otras personas tiene momentos muy agradables, pero a veces resulta difícil y puede dar lugar a situaciones de malestar (decepción, enfado, sensación de incompreensión, etc.). Si bien esto puede ocurrir a cualquier persona, el riesgo es mayor en las personas adictas. Al haberse separado de los compañeros de adicción, pueden sentirse solos o experimentar dificultades cuando intentan establecer nuevas relaciones o ponerse en contacto con viejos amigos. La constancia es necesaria para inspirar confianza a quienes pueden tener un pre-

juicio negativo sobre el paciente. En caso contrario, el riesgo de recaída en estas circunstancias es alto.

Lo más adecuado es mantener relaciones sociales con personas del entorno natural del sujeto. Si no es posible, los pacientes pueden llevar a cabo actividades sociales que les resulten gratas, como colaborar en la parroquia o con el ayuntamiento (a nivel de asociaciones de vecinos, por ejemplo), participar en actividades de voluntariado, integrarse en grupos de autoayuda, etc.

Los problemas de pareja son frecuentes en los adictos en tratamiento y constituyen un factor de alto riesgo de recaída. Abandonar la adicción tiende a mejorar la relación matrimonial, pero la recuperación de la confianza no es algo automático. Al dejar los viejos hábitos, la pareja puede no fiarse del comportamiento del paciente y necesitar un tiempo para modificar el escepticismo sobre el cambio. Por otra parte, la nueva situación, que es básicamente positiva, requiere, sin embargo, una reestructuración de las relaciones familiares, que obliga a todos los miembros de la familia a nuevos procesos de adaptación.

88

En cualquier caso, si los problemas de pareja o los conflictos interpersonales resultan irresolubles por las vías anteriormente indicadas, puede resultar conveniente buscar ayuda externa y recurrir a un terapeuta especializado en estos temas.

6.4. Creación de un nuevo estilo de vida

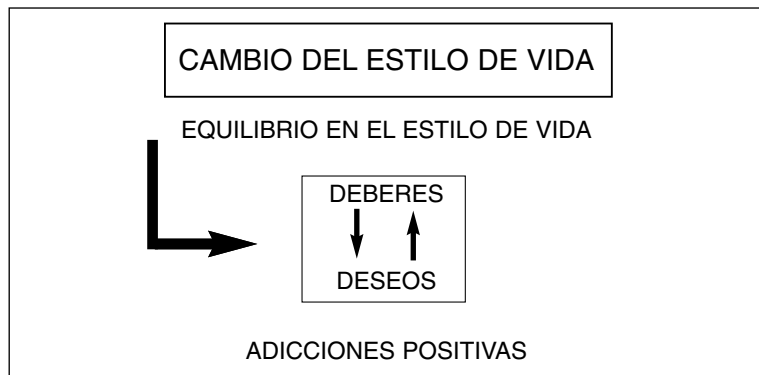
Además de dotar a la persona de un conjunto de habilidades específicas, señaladas en las páginas anteriores, el terapeuta debe prestar atención al estilo de vida global del sujeto. No es raro que, cuando el paciente ha abandonado la conducta adictiva, no sepa en qué ocupar las horas libres y que le surjan, además, pensamientos negativistas o sentimientos de culpa por la vida pasada.

Por ello, es fundamental ofrecerle actividades alternativas a las que dedicar el tiempo que invertía en la adicción y que le deparen un grado de satisfacción. La apatía facilita la añoranza de la conducta adictiva y el estado de ánimo deprimido. Se trata, por tanto, de restablecer el equilibrio del paciente mediante la dedicación de un cierto tiempo diario a la práctica de actividades gratificantes y de crear unos nuevos hábitos sustitutivos de los anteriores. Sólo un cambio de vida estable garantiza el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. Por el contrario, si un paciente ha abandonado la adicción pero lleva un tipo de vida monótono, sin alicientes, y piensa con cierta frecuencia en la conducta adictiva, la probabilidad de recaída ante cualquier circunstancia anodina es muy alta.

Un estilo de vida satisfactorio supone un equilibrio adecuado entre las **obligaciones** y los **deseos**. Si un paciente percibe que la mayor parte de sus conductas diarias son **obligaciones**, la insatisfacción experimentada hace más probable el regreso a la adicción, que es un intento de compensar el malestar habitual, sin reparar en las consecuencias negativas a la larga. Por el contrario, la dedicación cada día de cierto tiempo a la práctica de actividades satisfactorias es percibida por el sujeto como la satisfacción de **deseos**.

De este modo, se generan las **adicciones positivas** (Glasser, 1974). A diferencia de las adicciones negativas, que inicialmente sientan bien pero que producen daño a la larga, las adicciones positivas (por ejemplo, hacer deporte, dedicarse regularmente a una afición, implicarse como voluntario en una acción altruista, etc.) pueden ser costosas a corto plazo (hasta adquirir el hábito), pero a la larga producen beneficios físicos y psíquicos y, lo que es más importante, adquieren un gran valor de atracción para el sujeto, que llega a percibir las como **deseos** (tabla 36).

Tabla 36



La ventaja del cambio de una adicción negativa a una positiva radica en la capacidad de esta última de contribuir al bienestar estable de la persona, así como de dotarle de respuestas adaptativas de enfrentamiento a las situaciones estresantes de la vida.

Se trata, en última instancia, de replantear los objetivos personales en términos concretos: metas deseadas y realistas y medios para conseguirlas. Sólo así se puede suscitar un “*nuevo yo*” que esté proyectado al futuro inmediato y que contribuya a aumentar la autoestima del paciente.

Por último, sugerir al paciente la realización de un balance del **antes** y del **después** del tratamiento contribuye a mantenerlo motivado en el largo proceso de la conducta controlada. De hecho, al tenerlo escrito, le permite releerlo en las situaciones de desánimo, cuando mayor es el riesgo de recaída, y motivarse de nuevo en esos momentos bajos.

6.5. Prevención de recaídas

Mantener los logros terapéuticos es más fácil cuando el objetivo es lograr la abstinencia total, como ocurre en el

caso del alcoholismo, del tabaquismo o de la ludopatía. Pero este objetivo no es posible en las adicciones psicológicas, a excepción del juego. El sujeto debe seguir comiendo, comprando, teniendo relaciones sexuales, trabajando o manejando el ordenador. De lo que se trata es de enseñarle a relacionarse con estos estímulos de una forma controlada, como lo hacen la mayor parte de las personas normales.

El riesgo de recaída es mayor en estos casos. Es más sencillo rechazar por completo la relación con una sustancia (el tabaco, el alcohol, etc.) o con una conducta (jugar con dinero) que establecer una relación controlada con ella. Mantener continuamente los límites de una conducta en la que uno está implicado a diario (como es el caso de las comidas, del trabajo o de las compras) no es tarea fácil.

Las recaídas son frecuentes en todas las adicciones. En el caso concreto de la ludopatía, por ejemplo, el promedio de recaídas a los seis meses de concluir la terapia puede ascender al 40%-60% de los casos.

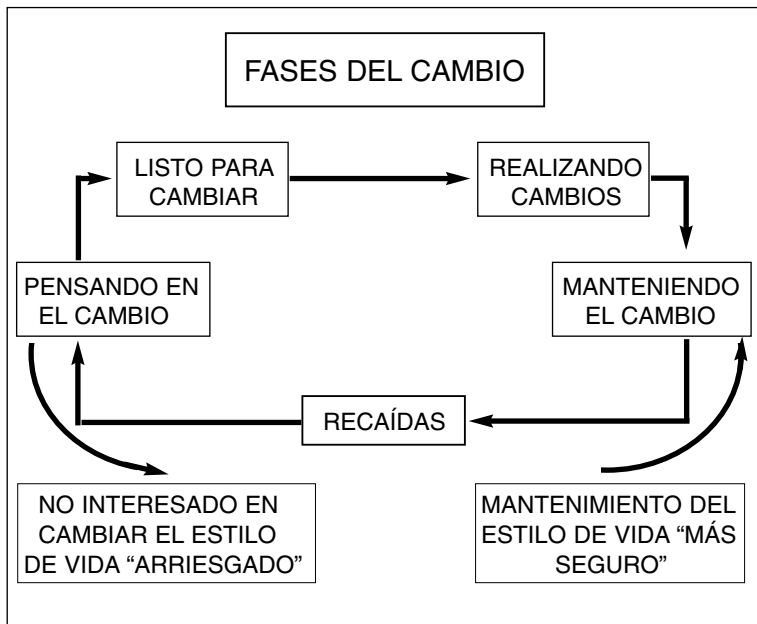
En todos los trastornos adictivos (alcoholismo, tabaquismo, juego patológico, etc.) las pautas de recaída siguen un proceso temporal similar: los dos tercios, aproximadamente, de todas ellas se producen en los tres primeros meses tras la terminación del tratamiento.

Si una persona se mantiene alejada de la adicción durante un período prolongado (1 o 2 años), la probabilidad de recaída disminuye considerablemente. A medida que aumenta temporalmente el control de la conducta y que se es capaz de hacer frente con éxito a las diversas situaciones presentadas en la vida cotidiana, el sujeto experimenta una percepción de control, que aumenta la expectativa de éxito en el futuro. Todo ello genera una gran confianza en el logro de los objetivos terapéuticos y una disminución de la probabilidad de recaída (Casas y Gossop, 1993).

Los episodios de recaída, independientemente del trastorno adictivo concreto, aparecen asociados frecuentemente a las mismas tres situaciones de alto riesgo: **estados emocionales negativos** (ansiedad, depresión, irritabilidad, etc.), **conflictos interpersonales** (discusión con la pareja, dificultades en el trabajo, etc.) y **presión social** (invitaciones al consumo, ambientes sociales o laborales en donde hay la proximidad de otros adictos, etc.) (Echeburúa, 1996).

En último término, la recaída supone la percepción por parte del paciente de que la implicación en la conducta adictiva supone un **beneficio** mayor que un **coste**, al menos a corto plazo. Las distintas fases del cambio terapéutico están descritas en la *figura 3*.

Figura 3



6.5.1. Caídas y recaídas

La **caída** suele tener lugar cuando un ex adicto no ha sabido identificar una situación determinada como de riesgo (por ejemplo, entrar solo en un centro comercial cuando se encuentra deprimido en el caso de un adicto a las compras) o no ha aplicado las estrategias de afrontamiento adecuadas (por ejemplo, rechazar una invitación a comer fuera de horas en el caso de un adicto a la comida) ante una situación imprevista. Es decir, lo que ocurre es la exposición a una situación de alto riesgo sin la puesta en marcha de las vías de actuación apropiadas (Saunders, 1993).

En otras ocasiones una carencia de motivación (por ejemplo, no estar dispuesto a admitir la abstinencia como meta terapéutica de por vida en un ex jugador) puede facilitar asimismo la caída inicial. En estos casos los sujetos, basados en la experiencia anterior, se imaginan los **efectos positivos inmediatos** de la conducta de juego, pero no prestan atención a las **consecuencias negativas a largo plazo** con mecanismos de autoengaño (por ejemplo: *“total, juego una partida, no se entera nadie y vuelvo a la abstinencia”*).

93

No es lo mismo, sin embargo, una **caída** que una **recaída**. En el siguiente ejemplo se clarifica la distinción entre estos dos conceptos:

Un corredor de atletismo se tropieza en el transcurso de una carrera de 10.000 metros y se cae al suelo. Ante esta situación el atleta tiene dos opciones:

- a) *pensar que la caída le impide seguir corriendo, que la preparación previa ha sido inútil y que, por tanto, más vale retirarse.*
- b) *pensar que la caída es sólo un contratiempo en una carrera larga y que todavía está a tiempo de levantarse y de seguir corriendo.*

Una **caída** es un episodio descontrolado aislado (un solo error, un desliz). Sufrir una caída no significa que todo el trabajo realizado hasta la fecha haya sido inútil. Se trata

precisamente de aprender de la caída para evitar sucesos posteriores: qué tipo de situación la ha provocado, qué es lo que se pudo hacer y no se hizo, qué precauciones se deben tomar en adelante, etc.

Una **recaída**, por el contrario, es una vuelta a la conducta descontrolada anterior al tratamiento. En este caso la persona se siente nuevamente incapaz de controlar la conducta (juego, sexo, compras, comida, etc.) y necesita la ayuda de un terapeuta.

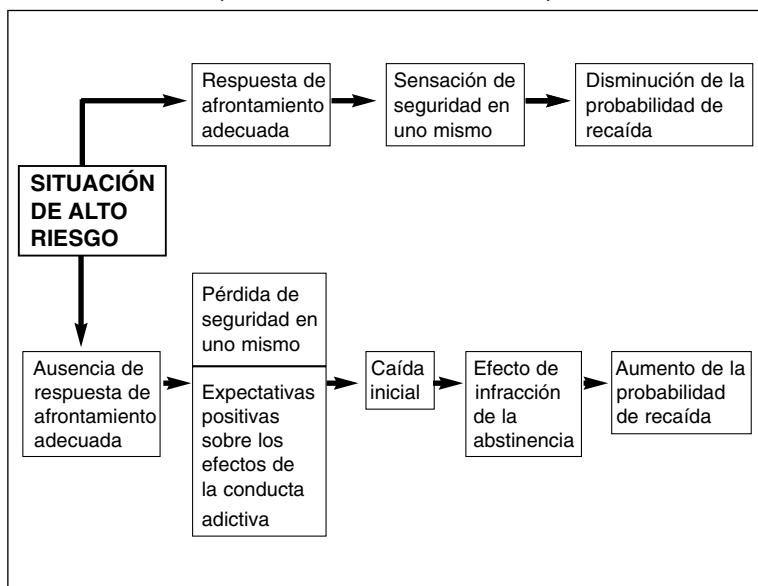
No deja de ser sorprendente la rapidez con que se pasa habitualmente de la **caída inicial** a la **recaída total**. Lo que facilita esta transición, que suele producirse en cuestión de días o de semanas, es la puesta en marcha de un proceso cognitivo —el **efecto de transgresión de la abstinencia**—, que consta, a su vez, de dos componentes:

- a) **La incompatibilidad de objetivos.** Por ejemplo, jugar de nuevo o tener relaciones con prostitutas —la caída inicial— son incompatibles con el objetivo terapéutico de la conducta controlada. Por ello, el sujeto puede experimentar un estado emocional negativo de malestar y decirse a sí mismo mensajes negativos (por ejemplo: “*soy un desastre*”, “*ya, de perdidos, al río*”, “*yo no tengo solución*”). Todo ello genera una situación de desasosiego que, paradójicamente, se puede calmar transitoriamente con el recurso a la conducta adictiva debido al alivio *inmediato* que produce.
- b) **La responsabilidad de lo ocurrido.** Los sujetos tienden a atribuir la recaída a una debilidad interna (por ejemplo, a la falta de “*fuerza de voluntad*” o a la insuficiente “*capacidad de control*” sobre las propias conductas). Al sentirse culpables, se reduce considerablemente la resistencia a “*tentaciones*” posteriores, de donde puede derivarse fácilmente la pérdida de control.

Tratamiento

La mayor o menor intensidad de estas reacciones emocionales ante la caída inicial depende de varios factores: la duración del período de abstinencia, el grado de compromiso personal o público con la terapia, la importancia del objetivo de la recuperación en la vida del sujeto, el esfuerzo realizado para mantener esta meta, la reacción de la familia, etc. (figura 4) (Marlatt, 1993).

Figura 4. Modelo psicológico del proceso de recaída
(Marlatt, 1993, modificado)



El efecto de transgresión de la abstinencia aparece con claridad, por ejemplo, en las personas que han sido tratadas de una sobreingesta compulsiva. En concreto, las personas obesas que están a dieta y que la han roto en un momento determinado comiendo más de lo debido tienden a exceder-

se también en las comidas inmediatamente siguientes. Por el contrario, cuando las personas normales que no están a dieta comen más de lo habitual en una situación especial, se sienten saciadas y tienden a consumir menos alimentos en las comidas posteriores. Es decir, la transgresión de una norma de restricción autoimpuesta facilita, en el caso de una caída inicial, la pérdida de control posterior.

Por último, la recaída puede adquirir la forma de una adicción sustitutiva. Es el caso, por ejemplo, de personas adictas al sexo que han dejado de serlo y se hacen dependientes del juego o del consumo incontrolado de alcohol. En estos casos el riesgo de recaída en la adicción inicial en una fase posterior es muy alto.

En resumen, la recaída responde a un proceso psicológico determinado y no es fruto de la predestinación, de la debilidad de carácter o del azar.

96 **6.5.2. Estrategias de intervención**

Se trata, en primer lugar, de ayudar a verbalizar las (re)caídas. La actitud sana ante una (re)caída es buscar ayuda y no ocultarla ni justificarla ni adoptar conductas negativistas.

La actuación terapéutica para prevenir las recaídas implica el desarrollo de habilidades específicas para impedir la caída o para interrumpirla, en el caso de que se haya producido, así como la atención al estilo de vida actual del paciente.

- a) **Identificación de las situaciones de alto riesgo.**
Prevenir la recaída implica enseñar al paciente a reconocer las situaciones específicas de alto riesgo que van a aumentar la probabilidad de recaída y que son variables de unas personas a otras. Sólo en la medida en que el paciente esté en una disposición de **alerta** y sea consciente de qué situaciones son peligrosas, podrá enfrentarse a ellas de forma adecuada.

Susana se ha dado cuenta de que estar sola en casa a media tarde y encontrarse con un estado de ánimo negativo (triste, ansioso o irritable) es un factor de riesgo para los atracones y trata, por tanto, de evitar y controlar estas situaciones saliendo a la calle, estando con sus amigas, hablando por teléfono, etc.

- b) Respuestas de enfrentamiento a situaciones problemáticas.** Conviene enseñar a los sujetos las habilidades necesarias para hacer frente a las situaciones de alto riesgo, en el caso de que no dispongan de ellas en su repertorio de conductas.

El contenido del programa de intervención es variable y depende de las necesidades de cada persona. Las posibles áreas de actuación incluyen autoafirmación, control del estrés, relajación, control de la ira, habilidades de comunicación y habilidades de solución de los problemas cotidianos.

Luis Ángel ha superado su adicción al sexo, pero a veces, sobre todo cuando tiene una preocupación laboral, le vienen fantasías sexuales relacionadas con su vida anterior y ganas de tener relaciones inmediatas con prostitutas. Cuando le ocurre esto, trata de distraerse con otras actividades, le cuenta lo que se le pasa por la cabeza a un amigo íntimo, tiene una relación sexual con su mujer o, si esto no es posible, se masturba pensando en ella.

97

- c) Cambio de expectativas sobre las consecuencias de la implicación en la conducta adictiva.** Supone la información sistemática al paciente sobre los efectos a medio y largo plazo de las conductas adictivas, así como la actuación sobre algunas creencias equivocadas (por ejemplo: “por una partida que juegue no me va a pasar nada”, “sólo voy a excederme en la comida hoy porque es mi cumpleaños”, etc.). Muchas personas tienen expectativas positivas sobre las conductas adictivas, basadas en

el recuerdo selectivo de algunas experiencias pasadas. Desde una perspectiva de costes y beneficios, una recaída puede entenderse como la obtención de una gratificación inmediata, independientemente de que los resultados a medio y largo plazo vayan a ser muy negativos.

Debe tenerse en cuenta que una cosa son las expectativas originales para dejar la adicción y otra bien distinta las que se activan en el momento en que aparece la tentación. En concreto, los pacientes, cuando surgen las primeras dificultades, tienden a olvidar las motivaciones para abandonar la adicción y a sobreestimar las consecuencias positivas a corto plazo de la conducta adictiva, así como a olvidar o subestimar las negativas. Es decir, una persona puede **tener** respuestas de afrontamiento adecuadas, que incluso ha puesto en marcha con éxito en ocasiones anteriores, pero **no utilizarlas** actualmente porque carece de una motivación adecuada para ello. Por tanto, la recaída no es algo que siempre sobrevenga al sujeto, sino que éste puede buscarla activamente.

- d) **Revisión del estilo de vida del paciente.** El abandono de una adicción deja al paciente en una situación de vacío existencial. No se trata sólo de no hacer lo negativo. La sustitución de los hábitos adictivos, muy arraigados, por otras fuentes de gratificación sanas es un objetivo ineludible. Sólo un *nuevo yo*, satisfecho con el estilo de vida actual, puede dejar atrás la pesadilla de la adicción.

En este nuevo estilo de vida hay que prestar atención a las fuentes de estrés y a las estrategias de afrontamiento utilizadas. La tentación de la recaída es especialmente alta en las situaciones de estrés.

Tabla 37. ¿Qué hacer si “cae” después de un período de control?

1. Deténgase después de haber “caído” por primera vez. Tómese media hora para considerar la siguiente información.
2. Una simple “caída” no es del todo inusual, pero ello no quiere decir que usted necesariamente haya vuelto a las andadas o que haya perdido de nuevo el control sobre la conducta.
3. Probablemente se está usted sintiendo culpable, o con alguna sensación de malestar, por lo que ha hecho. No se preocupe. Esta sensación era de esperar y forma parte del efecto de transgresión de la abstinencia. No hay ninguna razón por la que tenga que rendirse ante esta sensación y seguir “cayendo”. Este sentimiento le irá desapareciendo en breve.
4. Considere la “caída” como una experiencia de aprendizaje. ¿Cuáles han sido los elementos de la situación de alto riesgo que le han llevado a la “caída”? ¿Qué tipo de respuestas pudo haber utilizado para hacer frente a esa situación? ¿Puede usted recurrir a esa respuesta adecuada todavía?
5. Renueve el compromiso. Piense en los beneficios que obtendrá si mantiene la conducta bajo control. Acuérdesse de las razones que tenía para abandonar la adicción cuando empezó el tratamiento.
6. Prepare un plan para recuperarse inmediatamente. Aléjese de la situación de riesgo y plantéese una actividad sustitutiva: charlar con alguien, hacer ejercicio físico, comentar lo ocurrido a un familiar o a un amigo, etc.
7. Si se encuentra aún con dificultades para resistir a la tentación de beber, llame a su terapeuta o al centro de tratamiento:

Nombre:

Número de teléfono:

8. Recuerde: una simple “caída” no significa necesariamente la pérdida de control.

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

¿Pero qué hacer si ha fallado todo lo anterior y una persona ha experimentado una caída inicial? Se debe considerar el fallo como un error aislado en un proceso de aprendizaje y contrarrestar la situación de malestar emocional generada por el desánimo (cuando no hostilidad) de los familiares y, sobre todo, por el **efecto de transgresión de la abstinencia**, que facilita la pérdida de control.

Un procedimiento útil en estos casos es que el sujeto lleve en el bolsillo o en la cartera una tarjeta recordatoria con instrucciones para leer y seguir en el caso de que se produzca un fallo, a modo de antídoto contra el efecto de transgresión de la abstinencia (*tabla 37*). No es nada extraño que en ese momento de ofuscación el paciente no recuerde nada de las normas verbales que le ha dado el terapeuta.

100 Se señalan a continuación algunas autoinstrucciones que puede darse el paciente en estas circunstancias como forma de renovar la motivación y el compromiso con el cambio:

- * *“Si he conseguido controlarme hasta ahora, es señal de que puedo seguir haciéndolo en adelante”.*
- * *“Debo aprender de esta experiencia para no incurrir en adelante en el mismo error”.*
- * *“Lo más difícil ya lo he hecho –poner en marcha el tratamiento–, y no voy a echar por la borda los logros conseguidos a causa de un desliz”.*
- * *“Soy todavía joven. Mi salud y mi familia se merecen que continúe esforzándome por mantener los logros conseguidos”.*

Un período de control prolongado antes de la caída –es decir, el aprendizaje de un modo de vida sin adicciones– facilita la recuperación. Por el contrario, la precocidad en la reanudación de la conducta descontrolada ensombrece el pronóstico.

Conclusiones

Todas las adicciones acaban por minar la vida de quienes las sufren y de todos los que les rodean.

Lo fundamental para determinar si una conducta es adictiva no es la presencia de una droga, sino más bien una experiencia que es buscada con ansia y pérdida de control por el sujeto y que produce una relación de placer/culpa. El núcleo de la adicción es que uno se autodestruye, pero no puede parar.

Las adicciones psicológicas funcionan, en unos casos, como conductas sobreaprendidas que traen consigo consecuencias negativas y se adquieren a fuerza de repetir conductas que en un principio resultan agradables; en otros, como estrategias de afrontamiento inadecuadas para hacer frente a los problemas personales (por ejemplo, acudir al bingo o comer en exceso para hacer frente a la ansiedad o al aburrimiento).

El uso adictivo de una conducta placentera implica el control de la misma por reforzadores negativos (evitación de algún tipo de malestar); el uso no adictivo, por el contrario, de la misma está asociado al control por reforzadores positivos. Todas las adicciones psicológicas están relacionadas con déficit en el control de los impulsos y con problemas de autocontrol (Marks, 1990).

Los estímulos condicionados desempeñan un papel importante en el mantenimiento de las adicciones psicológicas. Los estímulos condicionados *externos* pueden variar de una adicción a otra: la presencia de un ordenador, en el

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

caso de un adicto a Internet; el sonido de una máquina tragaperras, en el caso de un jugador patológico; el olor a alimentos, en el caso de un adicto a la comida; la visión de una mujer sola, en el caso de un sexoadicto; los anuncios de rebajas, en el caso de un adicto a las compras, etc. Sin embargo, los estímulos condicionados *internos* son muy similares en todas las adicciones. La disforia es, sin duda, el más importante. De hecho, todo tipo de adictos tienden a recaer cuando se encuentran mal o deprimidos (Carnes, 1989; Guerricaechevarría y Echeburúa, 1997).

Las adicciones múltiples –reflejo de la impulsividad o de un *cerebro adictivo*– son relativamente habituales. No es por ello infrecuente que un ex alcohólico pueda hacerse consumidor abusivo de benzodiacepinas o que un jugador patológico abuse del alcohol, corra el riesgo de hacerse un comprador compulsivo o adquiera una dependencia al trabajo. La compra compulsiva aparece asociada con la adicción a la comida y con la bulimia.

Del mismo modo que en las toxicomanías, los sujetos afectados por una adicción psicológica se resisten a reconocerse como tales (*negación de la enfermedad*). No sólo es que mienten, sino que se autoengañan. Son las personas que están alrededor del adicto (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.) las primeras en darse cuenta de que hay un verdadero problema. De hecho, son habitualmente otros los sucesos negativos –divorcio, estafa, despido, depresión, etc.– que les fuerzan a tomar conciencia del problema y a ponerse en tratamiento.

Desde la perspectiva de la intervención clínica, una terapia psicológica no puede ser efectiva si no toma en consideración los múltiples estímulos condicionados que ponen en marcha la conducta adictiva y no enseña al paciente estrategias terapéuticas orientadas al control de estímulos y a la regulación de la impulsividad. De hecho, la efectividad de la terapia a largo plazo está en función de la identi-

Conclusiones

ficación de las situaciones de alto riesgo, de la enseñanza de estrategias de afrontamiento efectivas en esas circunstancias y de la búsqueda de actividades sustitutivas satisfactorias para reemplazar las conductas adictivas.

En último término, los objetivos de cualquier intervención terapéutica son controlar el estrés, reorganizar la vida y prevenir las recaídas.

Los problemas respecto al tratamiento de las conductas adictivas distan de estar resueltos en la actualidad. Muchos de los pacientes aquejados con este tipo de trastornos se niegan a reconocer el problema; otros muchos no buscan ayuda terapéutica; otros la solicitan, pero abandonan la terapia al cabo de una o dos sesiones; otros muchos, tras el tratamiento, acaban por recaer; y otros, por último, abandonan los hábitos adictivos por sí mismos, sin ayuda terapéutica (Echeburúa, 1993).

El papel de la motivación y el control clínico de la misma, tanto al comienzo del tratamiento como en el mantenimiento del cambio de hábitos, es uno de los retos más importantes de la investigación actual.

Lecturas recomendadas

El criterio utilizado en la redacción de este apartado es facilitar a los lectores interesados la ampliación de los conocimientos expuestos en el texto. Por ello, las lecturas recomendadas se caracterizan por el rigor y la claridad en el contenido, así como por estar escritas en –o traducidas al– castellano y ser relativamente recientes.

Alonso-Fernández, F. (1996). **Las otras drogas**. Madrid. Temas de Hoy.

Es un libro de divulgación científica sobre los distintos problemas relacionados con las adicciones psicológicas. El mayor interés del libro reside en el tratamiento específico que se hace de cada una de las adicciones consideradas (juego, comida, sexo, TV, compras y trabajo), así como en los casos clínicos expuestos.

De La Gándara, J. (1996). **Comprar por comprar**. Madrid. Cauce.

Se trata de una obra de divulgación científica en la que se abordan con precisión y claridad los problemas que produce la adicción a las compras, así como los aspectos psicopatológicos implicados y los recursos terapéuticos disponibles.

Fairburn, C. (1998). **La superación de los atracones de comida**. Barcelona. Paidós.

En este texto se analizan los atracones como una forma de adicción, se describe la fenomenología de este cuadro clínico y se señalan los aspectos psicopatológicos

implicados en esta conducta anómala. Asimismo se indican las vías de actuación terapéutica en este tipo de adicción y se presenta un programa de autoayuda para personas afectadas por este problema.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). **Manual práctico del juego patológico**. Madrid. Pirámide.

En esta obra se presenta por primera vez una guía para el terapeuta y un manual de ayuda para el paciente. Los sujetos afectados pueden encontrar en él un plan concreto para dejar de jugar en cinco semanas, con tareas específicas en cada una de ellas, así como una programación detallada para mantener la abstinencia a largo plazo.

Mellody, P. (1997). **La adicción al amor**. Barcelona. Obelisco.

106

En este libro de divulgación ensayística se analizan la patología del amor y los fenómenos psicopatológicos presentes en las relaciones afectivoeróticas insanas de las que una persona se muestra dependiente y que se siente incapaz de romper.

Sender, R. (1997). **El trabajo como adicción**. Barcelona. Citrán (Ediciones en Neurociencias).

Se trata de un libro en el que se abordan las dificultades planteadas cuando el trabajo se convierte en una adicción. Se analizan en concreto las dimensiones de personalidad implicadas, los problemas psicopatológicos y relacionales surgidos y las vías de solución sugeridas.

Referencias bibliográficas

- Alonso-Fernández, F. (1996). **Las otras drogas**. Madrid. Temas de Hoy.
- American Psychiatric Association (1994). **DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona. Masson.
- Arensan, G. (1991). **Una sustancia llamada comida. Cómo entender, controlar y superar la adicción a la comida**. Londres. McGraw-Hill.
- Avia, M.D. (1983). Técnicas cognitivas y de autocontrol. En J. Mayor y F. Labrador (Eds.). **Manual de modificación de conducta**. Madrid. Alhambra.
- Becona, E. (1996). **La ludopatía**. Madrid. Aguilar.
- Carnes, O. (1989). **Contrary to love: helping the sexual addict**. Minneapolis. Compcare Publishers.
- De La Gándara, J. (1993). **Síndromes, dependencias y otras pasiones. Psico-sociopatología de la vida cotidiana**. Madrid. Arán.
- De La Gándara, J. (1996). **Comprar por comprar**. Madrid. Cauce.
- Earle, R.H., Earle, R.M. y Osborn, K. (1995). **Sex addiction: case studies and management**. New York. Brunner/Mazel.

Echeburúa, E. (1993). Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el “crack” al juego patológico?. **Psicología Conductual**, **1**, 321-337.

Echeburúa, E. (1996). **El alcoholismo**. Madrid. Aguilar.

Echeburúa, E., Amor, P. y Cenea, R. (1998). Adicción a Internet: ¿una nueva adicción psicológica?. **Monografías de Psiquiatría**, **2**, 38-44.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.). **Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento**. Madrid. Debate.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. **Clínica y Salud**, **5**, 251-258.

108 Fairburn, C. (1998). **La superación de los atracones de comida**. Barcelona. Paidós.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). **Manual práctico del juego patológico**. Madrid. Pirámide.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1998). Laborodependencia: cuando el trabajo se convierte en adicción. **Revista de Psicopatología y Psicología Clínica**, **3**.

Flores, T. (1986). Ansiedad y patrón de conducta de tipo A. En A. Tobeña (ed.). **Ansiedad. Orígenes y tratamiento**. Madrid. Zambelletti.

García-Andrade, J.A. (1993). **Psiquiatría forense**. Madrid. Fundación Ramón Areces.

Gil Roales, J. (1996). La adicción como conducta. En J. Gil Roales (Ed.). **Psicología de las adicciones**. Granada. Némesis.

Referencias bibliográficas

- Glasser, W. (1974). **Positive addiction**. New York. Harper and Row.
- Guerricaechevarría, C. y Echeburúa, E. (1997). Tratamiento de la adicción al teléfono (líneas *partyline* y eróticas): un caso clínico. **Análisis y Modificación de Conducta**, **23**, 697-727.
- Hodgson, R.J. (1993). Exposición a estímulos y prevención de recaídas. En M.Casas y M. Gossop, M. (Eds.). **Recaída y prevención de recaídas**. Barcelona. Citrán.
- Killinger, B. (1993). **La adicción al trabajo, una dependencia repetible. Guía para la familia**. Barcelona. Paidós.
- Krych, R. (1989). Abnormal consumer behavior: A model of addictive behaviors. **Advances in Consumer Research**, **16**, 745-748.
- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. **British Journal of Addictions**, **85**, 1389-1394. 109
- Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M.Casas y M. Gossop, M. (Eds.). **Recaída y prevención de recaídas**. Barcelona. Citrán.
- Mellody, P. (1997). **La adicción al amor**. Barcelona. Obelisco.
- Norwood, R. (1986). **Las mujeres que aman demasiado**. Buenos Aires. Vergara.
- Ochoa, E., Labrador, F., Echeburúa, E., Becoña, E. y Vallejo, M.A. (1994). **El juego patológico**. Barcelona. Plaza Janés.
- Organización Mundial de la Salud (1992). **CIE-10. Clasificación internacional de las enfermedades**. Madrid. Méditor.

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

Porter, g. (1996). Organizational impact of workaholism suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. **Journal of Occupational Health Psychology, 1**, 70-84.

Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M.Casas y M. Gossop, M. (Eds.). **Recaída y prevención de recaídas**. Barcelona. Citrán.

Roth, M. (1995). **Cómo superar la adicción a la comida**. Barcelona. Urano.

Russell, B. (1997). **La conquista de la felicidad**. Madrid. Espasa-Calpe. 15ª edic. española.

Saunders, B. (1993). Conductas adictivas y recaída. Una visión de conjunto. En M.Casas y M. Gossop, M. (Eds.). **Recaída y prevención de recaídas**. Barcelona. Citrán.

110 Secades, R. y Villa, A. (1998). **El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia**. Madrid. Pirámide.

Sender, R. (1997). **El trabajo como adicción**. Barcelona. Citrán.

Valdés, M. (1997). **El estrés**. Madrid. Acento Editorial.

Young, K.S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: A case that breaks the stereotype. **Psychological Reports, 79**, 899-902.

Índice temático

Adicción a la comida	
definición	41-44
diagnóstico diferencial	45-47
bulimia	46-47
obesidad	43, 45
trastornos psicopatológicos	47
Adicción a las compras	
alteraciones psicopatológicas	49, 52-53
ciclo de la conducta compradora	52
hombres	51-52
mujeres	51-52
Adicción a Internet	
elementos	65, 66, 67, 69
“chats” o canales de conversación	65, 66, 69
foros de discusión	65
correo electrónico	65, 66, 69
páginas Web	65, 67
perfil del adicto	67, 69
test de adicción	70
trastorno de adicción	67-68, 71
Adicción al juego	15
daños causados	33-34
juego normal/juego patológico	30-32, 34-35
motivaciones	32-33

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

Adicción al sexo	36, 38-39
consecuencias negativas	35-37
definición	36
hipersexualidad	38, 40
promiscuidad	38
variantes	38, 40
sexualidad normal	38
sexualidad parafrática	38, 40
Adicción al trabajo	15
actividad laboral intensa	54-55, 56, 58-59
comienzo de la adicción	57, 58, 59
consecuencias negativas	55, 56, 62-63
epidemiología	59-60
vulnerabilidad psicológica	59, 61-62
Adicciones psicológicas	17, 18-20, 23, 27, 101
comida	41-48, 74-75, 79
112 compras	48-54, 75
Internet	64-71, 75
juego	29-35, 73-74, 77, 91
sexo	35-41, 74
trabajo	54-64, 75
Adicciones químicas	15, 17, 23
alcohol	13, 33, 39, 58, 91
benzodiacepinas	13
cocaína y anfetaminas	13
opiáceos	13
tabaco	1113, 58, 91
Alimentos	
permitidos	45, 74
prohibidos	45, 47
Atracones	44-46
Control de estímulos	73-75, 76

Índice temático

Dependencia	13, 14, 18, 31, 39, 66	
Dieta restrictiva	47	
Distorsiones cognitivas	32, 55, 62	
Drogas		
blandas	13	
duras	13	
Estilo de vida		
adicciones positivas	55, 89-90	
obligaciones y deseos	89-90	
Estímulos condicionados		
externos	79, 101-102	
internos	79, 102	
Exposición a los estímulos		
recuperación objetiva	76-78	
recuperación subjetiva	76-78	113
Ilusión de control	30, 32, 39	
Imagen corporal	46	
Índice de masa corporal	43, 45	
Juego		
de azar	29, 30	
de habilidad	29, 30	
Líneas telefónicas	38-39	
eróticas	38-39	
<i>party-line</i>	38-40	
Motivación para el tratamiento	23, 103	
Negación de la enfermedad	62-63, 69, 102	
Patrón de conducta de tipo A	61-62, 63	

¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones

Pérdida de control 14, 22-23, 30-31, 35-36, 39-40, 44,
47, 49, 52, 55, 73

Politoxicomanía 22

Prevención de recaídas

caídas y recaídas 91-92, 93-96, 96-98

carencia de motivación 93

efecto de transgresión de la abstinencia 94-96, 100

estrategias de intervención

cambio de expectativas 97-98

identificación de situaciones de riesgo 93, 96-97

respuestas de afrontamiento 93, 97

revisión del estilo de vida 98

Síndrome de abstinencia 21-23, 31, 39, 50

Sobreingesta compulsiva 44-46, 47, 95

114 Solución de problemas específicos

control del ansia 80-83

control de la ansiedad 80-83

control de los conflictos interpersonales 87-88

control de la depresión 83-87

Vulnerabilidad psicológica 30

búsqueda de sensaciones 25-26, 68

déficit de autoestima 25-26, 37, 40, 47, 68

disforia 25-26, 52

intolerancia a los estímulos displacenteros 25, 26

impulsividad 25-26, 40, 46

Director: José Pedro Manglano Castellary

www.manglano.org

preguntas@manglano.org

1? ¿Puedo estar seguro de algo?

Responde: Javier Aranguren (2ª edición)

2? Hacia el año 2000: ¿Qué nos espera en el siglo XXI?

Responde: Raúl Berzosa

3? ¿Sigue vivo Dios?

Responde: José Pedro Manglano

Mikel Gotzon Santamaria Garai (4ª edición)

4? ¿Se puede aprender a sufrir?

Responde: José Pedro Manglano (4ª edición)

5? ¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones.

Juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet.

Responde: Enrique Echeburúa (2ª edición)

6? ¿Necesita Dios de un hombre para perdonarme?

La penitencia, un sacramento contestado

(90 preguntas sobre la confesión)

Responde: Santiago Cañardo (4ª edición)

7? ¿Es la Filosofía un cuento chino?

Responde: José Ramón Ayllón (3ª edición)

8? ¿Dios en OFF? Trampas en las que perdemos a Dios

Responde: José Pedro Manglano (5ª edición)

9? ¿Síndrome de Peter Pan? Los hijos que no se marchan de casa

Responde: Aquilino Polaino-Lorente (2ª edición)

10? ¿Anoréxica... Yo? ¿Anoréxica... Mi hija?

Responde: Pilar Gual

11? ¿Qué es eso de las tribus urbanas?

Responde: Raúl Berzosa

12? ¿Qué pasa por fabricar hombres?

Responde: Juan A. Martínez Camino (3ª edición)

13? ¿Cómo transmitir la fe? Cartas a los nietos

Responde: Julio Jauregi

14? ¿Por qué esperar a estar casados?... si ya nos queremos

Responde: Mar Sánchez Marchori

15? Diario de un esquizofrénico

Urbegi

Este libro se terminó
de imprimir
en los talleres de
Bikaner Gráfica, S.A., en Bilbao,
el 2 de octubre de 2002.

Director de la colección:
José Pedro Manglano
preguntas@manglano.org

ISBN: 84-330-1378-5



9 788433 013781

- 1) *¿Puedo estar seguro de algo?*
Javier Aranguren (2ª edición)
- 2) *Hacia el año 2000. ¿Qué nos espera en el siglo XXI?*
Raúl Berzosa
- 3) *¿Sigue vivo Dios?*
José Pedro Manglano
- 4) *¿Se puede aprender a sufrir?*
José Pedro Manglano (3ª edición)
- 5) *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones*
Juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet
Enrique Echeburúa (2ª edición)
- 6) *¿Necesita Dios de un hombre para perdonarme?*
La penitencia, un sacramento contestado
(90 preguntas sobre la confesión)
Santiago Cañardo (4ª edición)
- 7) *¿Es la filosofía un cuento chino?*
José Ramón Ayllón (3ª edición)
- 8) *¿Dios en "OFF"?*
Trampas en las que perdemos a Dios
José Pedro Manglano (5ª edición)
- 9) *¿Síndrome de Peter Pan?*
Agustino Polaino-Loriente (2ª edición)
- 10) *¿Anoréxia... Yo? ¿Anoréxia... Mi hija?*
Saber para prevenir
Pilar Gual
- 11) *¿Qué es eso de las tribus urbanas?*
Raúl Berzosa
- 12) *¿Qué pasa por fabricar hombres?*
Juan A. Martínez Camino (2ª edición)

SERIE EXPERIENCIAS

- 13) *¿Cómo transmitir la fe? Cartas a los nietos*
Julio Jauregui
- 14) *¿Por qué espera a estar casados?*
si ya nos queremos
Mar Sánchez Marchiori (2ª edición)
- 15) *Diario de un esquizofrénico*
Urbeigil

Este texto trata sobre las adicciones psicológicas o adicciones sin drogas. Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia. De este modo, las adicciones no pueden limitarse exclusivamente a las conductas generadas por sustancias químicas, como los opiáceos, los ansiolíticos, la nicotina o el alcohol. De hecho, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos –incluso saludables– (como la comida, el sexo, las compras, el trabajo, el juego o internet) que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas, en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de tiempo/dinero invertido. En el libro se analizan las principales modalidades de las adicciones psicológicas, se señalan los mayores factores de riesgo (vulnerabilidad psicológica) y se perfilan las principales líneas de intervención terapéutica, con un énfasis específico en la prevención de recaídas.

Enrique Echeburúa (San Sebastián, 1951), licenciado y doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid, ha ampliado su formación en Psicología Clínica en la Universidad de Londres. Es actualmente Catedrático de Terapia de Conducta en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco y miembro del Consejo Asesor del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Autor de 18 libros y de más de 100 artículos en revistas científicas, ha sido galardonado con los premios de Investigación Cínteco (1990) y Rafael de Burgaleta (1994).

