

De las drogodependencias a las adicciones: un cambio de concepto.

Enrique Echeburúa

Catedrático de Terapia de Conducta. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

San Sebastián (España).

Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la falta de control, la dependencia y, en último término, la pérdida de libertad de la persona. Por ello, 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, en circunstancias determinadas, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas (Echeburúa, 1999).

No se trata de conferir atributos psicopatológicos a conductas habituales, como comer, salir de compras, tener relaciones sexuales, hacer ejercicio físico, usar el ordenador, jugar a 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 si la intensidad, frecuencia o la cantidad de tiempo/dinero invertida en ellas condicionan negativamente las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas afectadas. Lo que caracteriza, por tanto, a una adicción psicológica no es tanto la modalidad de conducta implicada como el tipo de relación que el sujeto establece con ella.

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.

Las adicciones psicológicas (adicciones sin droga) no figuran incluidas como tales en el DSM-IV ni en la CIE-10. 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, en mi opinión, un error porque el perfil clínico de las adicciones psicológicas y el enfoque terapéutico requerido son muy similares a los de las toxicomanías.

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 exhibi-



cionismo, 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 coloca la adicción considerada meramente como un mal hábito (por ejemplo, la adicción a la comida o a las compras). Estas 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.

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-. La transición de una fase a otra se da cuando aparecen la dependencia, entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperiosamente la conducta para restaurar el equilibrio perdido, y la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito. El ansia por una conducta cada vez más frecuente y el aumento de los pensamientos referidos a ella (con expectativas muy altas referidas al alivio del malestar), la pérdida de control y el abandono de las actividades gratificantes anteriores son los epifenómenos de este proceso (Guerricaechevarría y Echeburúa, 1997).

Como consecuencia de todo ello, los comportamientos adictivos se vuelven automáticos, emocionalmente activados y 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.

Los sujetos afectados tienden a quitar importancia al interés e incluso deslumbramiento suscitados en ellos por la conducta. Se trata del mecanismo psicológico de la negación. Hay una justificación personal y un intento de convencimiento a los demás por medio de una distorsión acentuada de la realidad. 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 (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

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. Al agravarse la conducta adictiva, suele ser una crisis externa (la ruptura de la pareja, una estafa, la pérdida de empleo, etc.) o interna (un estado de ánimo deprimido, un intento de suicidio, etc.) lo que lleva al paciente o a la familia a solicitar tratamiento.

Las adicciones psicológicas se diferencian, sin embargo, en algunos aspectos de las adicciones químicas. Desde una perspectiva psicopatológica, las adicciones químicas múltiples, 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. Y desde una perspectiva terapéutica, la motivación para el tratamiento -siempre escasa y fluctuante- suele ser algo mayor en el caso de las adicciones psicológicas, lo que ofrece unas perspectivas más halagüeñas.

La vulnerabilidad psicológica a las adicciones se extiende en diversos frentes. En algunos casos son determinantes ciertas características de personalidad, como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, el déficit de autoestima o la intolerancia a los estímulos displacenteros; en otros, estados de ánimo disfóricos; y, por último, en otros, estilos de afrontamiento inadecuados ante las dificultades cotidianas. 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 o de vacío existencial que no sabe afrontar adecuadamente (Echeburúa *et al.* 1998).

Las adicciones sucesivas -reflejo de la impulsividad o de un cerebro adictivo- son relativamente habituales. No es por ello infrecuente que un ex alcoholíco pueda hacerse consumidor abusivo de benzodiazepinas o que un jugador patológico abuse del alcohol, corra el riesgo de hacerse un comprador compulsivo o adquiriera una dependencia del trabajo. La compra compulsiva aparece asociada no pocas veces con la adicción a la comida y la bulimia.

Los problemas respecto al tratamiento de las conductas adictivas distan de estar resueltos. Muchos de los pacientes aquejados de 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.

BIBLIOGRAFÍA

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

Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet)*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Echeburúa, E.; Amor, P.J.; Cenea, R. (1998). Adicción a Internet: ¿una nueva adicción psicológica?. *Monografías de Psiquiatría*, 10: 38-44.

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

Guerricaechevarría, C.; Echeburúa, E. (1997). Tratamiento psicológico de la adicción al teléfono (líneas partyline y eróticas): un caso clínico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23: 697-727.