

Sexo, dependencias sentimentales y deporte. Cuando las conductas hedónicas se convierten en adicción. Un caso de adicción al deporte

Sex, sentimental dependences and sport. When hedonic behaviors turn into addiction. A case of addiction to sport

Esperanza Casals Campos y Elvira Plaza Bernabeu

Centro de Psicología Grupo Espai,
(Valencia, España).

Recibido: 30/06/2015 · Aceptado: 04/12/2015

Resumen

En el presente trabajo se describe el diagnóstico, tratamiento y evolución de una persona con adicción al deporte. Esta y otras adicciones no tóxicas comparten la peculiaridad de desarrollarse sobre conductas saludables y en ausencia de sustancias que crean adicción física. Esto dificulta el enfoque terapéutico al no poder contar con el control de estímulos como técnica principal en el proceso de deshabituación. En este caso clínico la perspectiva terapéutica utilizada fue la cognitiva conductual. Una evaluación profundizando en la historia de aprendizaje de la adicción y el análisis funcional de la conducta del cliente fueron las herramientas para determinar el plan de entrenamiento. Las técnicas utilizadas fueron: autorregistros del tiempo dedicado al deporte, toma de conciencia de las consecuencias e interferencia en otras áreas importantes de la vida del sujeto, establecimiento de objetivos, modificación de pensamientos irracionales, estrategias de comunicación, expresión de sentimientos y asertividad. El tratamiento tuvo una duración de 16 sesiones, a razón de una por semana con una duración aproximada de 60 minutos por sesión. Posteriormente se realizó un seguimiento de una sesión al mes durante dos meses y otra sesión tres meses después. En los resultados obtenidos se observa la toma de conciencia de la naturaleza de la adicción y su interferencia en la relación de pareja y el rol parental. El cliente aprende a identificar los mecanismos de falta de tolerancia a la frustración y se constata una reducción significativa del tiempo dedicado al deporte y un aumento de satisfacción y plenitud del tiempo dedicado a la pareja y a su paternidad.

Palabras Clave

Adicción, sexo, deporte, amor, análisis funcional.

— Correspondencia a: _____
Esperanza Casals Campos
e-mail: esperanzacasals@yahoo.es



Abstract

The diagnosis, treatment and evolution of a person addicted to sport are described in this paper. This addiction and other non-toxic ones share the peculiarity of being developed over healthy behaviors and in the absence of substances producing physical addiction. The therapeutic approach is thus difficult due to the lack of control of stimuli as the main technique in the process of breaking the habit. In this clinical case, cognitive behavioral therapy was used. An in-depth evaluation of the addiction-learning history and the functional analysis of the client's behavior were the tools used to determine the training plan. The techniques used were: self-reports on the time devoted to sport; the raising of awareness about the consequences and how they interfere in other important areas of the person's life; goal-setting; modification of irrational thoughts; communication strategies; expression of feelings and assertiveness. The treatment lasted for 16 weeks and consisted of one 60-minute session per week. Thereafter, one session per month during two months and one session three months later were held. A raising of awareness about the addiction dimension and how it interferes in the client's relationship with his partner and his parental role was observed in the results of the study. The client learned how to identify the mechanisms of lack of tolerance to frustration. A significant reduction of the time devoted to sport and increased satisfaction and plenitude of the time dedicated to his partner and his paternity were confirmed.

Key Words

Addiction, sex, sport, love, functional analysis.

INTRODUCCIÓN

El bienestar físico, mental y social implicado en el concepto de salud definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye la satisfacción consciente en todas las áreas de la vida del individuo: personal, ocupacional, familiar, afectiva, amistades, etc. y un reparto equilibrado y racional de tiempo y espacio dedicado a cada una de ellas.

Idealmente cada persona aprende desde el inicio de su vida y en su entorno las estrategias internas que le permitan sentir el bienestar derivado de vivir y disfrutar cada momento de su existencia. Entre las áreas fundamentales de la vida del individuo se

encuentran la salud y el amor. La salud es al cuerpo lo que el amor –relaciones afectivas– es al alma: la base de su desarrollo y mantenimiento vital. La salud física se fomenta mediante una buena alimentación y se ve favorecida por la práctica saludable del deporte.

El sistema de apego ayuda a asegurar el desarrollo de un vínculo duradero que aumenta la supervivencia y la capacidad reproductiva de modo directo o indirecto. Los vínculos de apego no son simplemente alianzas mutuamente beneficiosas basadas en el principio de altruismo recíproco. Por el contrario, implican una profunda interdependencia psicológica y fisiológica



tal que la ausencia o pérdida de la pareja puede ser literalmente una amenaza para la vida del otro (Hazan y Zeifman, 1999; Keren y Mayseless, 2013).

El hábito de hacer deporte, la relación afectiva primaria en la edad adulta –pareja– y la práctica de una sexualidad saludable son inherentes al bienestar físico y emocional del ser humano. Pero cuando estas conductas se convierten en el motivo principal de la vida del individuo interfiriendo el desarrollo equilibrado de las demás áreas y comprometiendo su bienestar integral se convierten en adicciones.

Actualmente los psicólogos clínicos recibimos cada vez más peticiones de consultas de casos de nuevas adicciones como la práctica de deporte, las relaciones afectivas y el sexo. Cualquier actividad normal placentera tiende a repetirse por lo que es susceptible de convertirse en una conducta adictiva. Lo que diferencia la conducta funcional de la adictiva, es que en esta última la persona pierde el control cuando desarrolla una actividad determinada y a pesar de las consecuencias negativas continua realizando esta conducta, adquiriendo cada vez mayor dependencia. Estas conductas están presentes en los estilos de vida deseables y funcionales de los seres humanos y se han convertido en adictivas cuando se pierde el control sobre ellas, surge dependencia psicológica, pérdida de interés por otras actividades y grave interferencia en la vida cotidiana (Echeburúa, 1999).

Cuando el objeto diana de la adicción no es una sustancia sino un comportamiento necesario y saludable sobre el que el individuo ha perdido el control (deporte, relaciones afectivas, sexo...) la propia naturaleza de la adicción dificulta o impide que el individuo pueda cortar todo contacto con la conducta diana. El trabajo terapéutico para la deshabituación requiere obtener el

control sobre la conducta adictiva y revisar la estructura de funcionamiento integral de la personalidad y hábitos de la vida del individuo.

En el sistema clasificatorio de las enfermedades CIE 10 (Internacional Classification of Diseases) no aparecen clasificadas las adicciones conductuales como un círculo patológico autónomo. El DSM-5 (APA, 2013) incluye una nueva categoría dentro de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos con la denominación de trastornos no relacionados con sustancias en el que se incluye el juego patológico.

Es importante significar en este punto que cuando el deporte, las relaciones afectivas o el sexo han dejado de ser hábitos saludables, también dejan de ser gratificantes para el individuo que pasa entonces a practicarlas de forma compulsiva tratando de encontrar alivio a su malestar interno. En estos casos la fuerza de voluntad no basta por sí misma porque en la adicción se encuentran implicados determinados cambios bioquímicos que se producen en el cerebro de la persona afectada y que son los responsables de la conducta compulsiva, así como de muchas de las perturbaciones cognitivas propias de la adicción. La estimulación de la transmisión dopaminérgica se alza como eslabón final común presente en diversas adicciones sociales y químicas, no opera como un dato neuroquímico aislado sino concatenado a otros sistemas como el serotoninérgico, noradrenérgico, opioidérgico y colinérgico (Alfonso, 2003).

Para el sujeto afectado, la adicción no tóxica suele iniciarse como una conducta placentera, pero posteriormente va esclavizándole hasta el punto de que siente el impulso de realizarla a pesar de las consecuencias negativas a nivel psicológico, físico y social que este comportamiento



le ocasiona. Casi sin darse cuenta, la persona afectada reduce progresivamente su campo de intereses y sus obligaciones, de manera que la conducta adictiva termina por monopolizar su vida provocando la pérdida total de su libertad. Su energía y su tiempo se ven controlados por su hábito y poco a poco este control se va extendiendo a todas las áreas de su vida provocando un deterioro progresivo del sujeto en su salud física y psíquica en general, en su vida cotidiana, en sus relaciones con los demás y en la realización de sus tareas habituales. "Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia" (Echeburúa, 1999).

I. Rasgos de personalidad comunes en las personas con conducta adictiva

En la actualidad no se puede hablar de una personalidad adictiva (Marset y Ritter, 2004). Hasta ahora no hay ninguna investigación concluyente, si bien en la experiencia clínica se puede observar rasgos de personalidad que suelen estar presentes en las personas que sufren una adicción: tendencia a aislarse, déficit de habilidades sociales, pobre habilidad en el manejo del estrés y de las emociones negativas, estilos de afrontamiento disfuncionales que mantienen la adicción (evitación, huida...), dificultades para expresar los sentimientos, poca tolerancia a la frustración, impulsividad en la resolución de problemas, deseo de lograr rápidamente la recompensa por aquello que hacen, dificultad para planear y mantener metas a largo plazo, presencia de proyectos utópicos... En general suelen ser personas con tendencia a la impulsividad y a tener comportamientos compulsivos, así como extremistas. Junto a los rasgos de personalidad existen algunos factores de riesgo que pueden predisponer a las personas hacia las conductas adic-

tivas: ausencia de proyecto de vida sólido o de valores, padecer problemas de ansiedad o depresivos, vivir en un determinado ambiente marginal, tener falta de alternativas de ocio, paro y otros. La presencia de estos rasgos y factores de riesgo puede hacer que cuando el individuo supera una adicción sea proclive a sustituirla por otra. Con todo, las personas con más vulnerabilidad son las que ya padecen ciertos trastornos como depresión, trastorno bipolar, ansiedad, baja autoestima, o personas que tratan de recuperarse de otra adicción (Sánchez e Iruarrizaga, 2009).

Los trastornos de la personalidad son variables de riesgo para el inicio y el mantenimiento de la conducta adictiva (Fidel, Roncero y Casas, 2004; Cervera, Haro y Martínez, 2005).

II. Adicciones sentimentales

Las dependencias afectivas o sentimentales se definen como "trastornos relacionales caracterizados por la manifestación de comportamientos adictivos en la relación interpersonal basados en una asimetría de rol y en una actitud dependiente en relación al sujeto del que se depende" (Moral y Sirvent, 2008).

La dependencia emocional se basa en la tendencia a que la vida del individuo afectado gire en torno a las relaciones de pareja, ocupando éstas el lugar prioritario. Además, estas relaciones suelen ser generalmente enfermizas y desequilibradas, lo que supone que la trayectoria amorosa del dependiente emocional sea un auténtico calvario junto a la persona diana sin la que, paradójicamente, no puede dejar de estar. Estas personas anteponen su relación por encima de todo, incluso de sí mismos, de su trabajo o en ocasiones de sus hijos (Castelló, 2012).



III. Adicción al sexo

La adicción al sexo consiste en un exceso desbordante de deseos y conductas sexuales que la persona se siente incapaz de controlar (Zapf, Greiner y Carroll, 2008). También puede ser llamada dependencia sexual, comportamiento sexual compulsivo o hipersexualidad. La prevalencia de este trastorno es mayor en los hombres que en mujeres.

La persona que lo padece presenta una necesidad de sexo intensa que afecta a cualquier aspecto de su vida diaria. Este comportamiento sexual compulsivo puede crear problemas laborales, familiares, económicos y sociales, pero las personas afectadas no pueden dejar de realizarlo a pesar de las consecuencias negativas. El deseo y la compulsión sexual es tal que la persona se siente obligada a comprar artículos pornográficos, buscar páginas sexuales en Internet, realizar con frecuencia llamadas a líneas eróticas, buscar el contacto sexual mediante citas a ciegas, entregarse al sexo ocasional con desconocidos e incluso pagar por tener sexo, de forma que su vida acaba girando en torno al sexo.

La negación, la racionalización y justificación de la conducta por parte del sujeto forman parte del problema, como en otras adicciones, siendo la adicción al sexo una de las más negadas, lo que provoca serias dificultades a la hora de evaluarla.

Se puede hablar de adicción al sexo cuando la conducta empieza a ser controlada por reforzadores positivos, se obtiene cierta gratificación y termina siendo controlada por reforzadores negativos. El individuo siente una gran urgencia por repetirla en situaciones concretas, experimentando un nivel de desagrado que no desaparece hasta que se realiza la conducta. Asimismo, se produce un escalonamiento en el com-

portamiento adictivo, cada vez se buscan estímulos más intensos para sentir gratificación. La conducta genera dependencia y lleva a una degradación social en varias áreas de la vida (Cáceres, 2005).

La adicción al sexo genera mucho sufrimiento y autodestrucción. En general se trata del tipo de adicción menos confesada y más vergonzante, lo que conlleva a la soledad y a un sentimiento de culpa. Las personas afectadas son capaces de llevar una doble vida. Una vez establecida la adicción, los adictos al sexo sufren ansiedad, dejan de sentir placer y viven su situación con vergüenza, soledad y pérdida de autoestima (Echeburúa, 2012).

La familia del adicto sexual sufre mucho por el impacto de esta adicción, especialmente las parejas de los adictos y sus hijos, quienes muchas veces repiten la cadena de adicción en sus propias vidas adultas. Esto sumado a la desconfianza creciente de parte de la familia por las constantes decepciones hacen que la convivencia sea muy dolorosa.

IV. Adicción al deporte

La adicción al deporte se da cuando la persona sufre una compulsión a realizar ejercicio, sintiendo la necesidad y deseo de realizarlo aunque ello conlleve un deterioro físico o comprometa sus relaciones afectivas o de pareja, o llegue a tener problemas con los amigos, familiares y laborales (Antolín, De la Gándara, García y Martín, 2009).

En los últimos años se ha producido un espectacular incremento en el número de personas que acuden a los gimnasios y que practican deporte casi a diario. Este fenómeno puede ser atribuido a la presión social por mantener un cuerpo armonioso y ajustado a unos cánones de belleza espe-



cíficos. El ejercicio físico en exceso puede ocasionar un comportamiento que provoca dependencia psíquica y física.

Nada se alaba más en la actualidad que la higiene física y la preservación de la salud ¿Existe hoy en día otra actividad para ello que lo sea más que el ejercicio físico y el deporte? Que pueda dar lugar a una adicción nos coloca de lleno en una paradoja. (Adès y Lejoyeux, 2003).

A nivel psicológico el ejercicio recompensa al individuo porque mejora el estado de ánimo y la salud y provoca ocasiones para relacionarse socialmente. Estos beneficios suelen conducir a una práctica continuada de éste. Por otro lado, a nivel físico, el ejercicio provoca cambios fisiológicos subyacentes a los efectos de refuerzo físico. Algunas explicaciones de los aspectos fisiológicos subyacentes a los efectos de refuerzo del ejercicio están relacionadas con la estimulación de opioides endógenos, la acciones de catecolaminas y la activación de estructuras cerebrales específicas (Adams y Kirkby, 2002).

Asimismo las personas adictas tienen pensamientos compulsivos sobre la realización del ejercicio y cuando están privados de él experimentan síntomas físicos y psicológicos negativos. La presencia de molestias físicas y psíquicas con la retirada del ejercicio puede indicar un grado considerable de adicción al ejercicio físico y deporte.

La adicción al deporte se caracteriza por la dependencia, la tolerancia y la abstinencia. Es decir por el estado placentero que produce el ejercicio, por la necesidad de ir aumentando en frecuencia o intensidad para alcanzar la misma sensación gratificante y por la aparición de síntomas de retirada como son el agotamiento, la fatiga, la depresión, la soledad, la debilidad y la irritabilidad (Antolín, De la Gándara, García y Martín, 2009).

V. Tratamientos psicológicos

La recuperación de una adicción puede ser un proceso largo que frecuentemente requiere de varias etapas. Los tratamientos psicológicos utilizados abarcan la aplicación de diferentes técnicas psicológicas. Las cognitivo-conductuales son las más eficaces. El proceso de intervención desde estas técnicas se basa en una evaluación previa del problema, seguida de un programa de tratamiento.

Uno de los inconvenientes en los tratamientos de las adicciones no tóxicas –quizá el principal de ellos– radica en la dificultad de realizar el control de los estímulos asociados con la cadena de respuestas del orden de encendido de la conducta adictiva. A diferencia de las conductas de abuso de sustancias tóxicas y otras adicciones (drogas, juego patológico...) practicar deporte es un hábito saludable y funcional. Mantener una relación afectiva principal y una vida sexual plena (con o sin pareja estable) son también conductas deseables cuando éstas se mantienen integradas en un estilo de vida saludable, y se convierten en adicción cuando su práctica interfiere en otras áreas vitales del individuo.

CASO CLÍNICO

Sujeto

Paciente varón de 38 años de edad, soltero. Mantenía una relación de pareja estable desde hacía dos años con una mujer con la que había iniciado convivencia a los 6 meses de conocerse.

Era licenciado en derecho y trabajaba como empleado de banca con un horario de 8-15 h de lunes a viernes. Tras dos años de traslado a otra ciudad había regresado



en el año 2010 de nuevo a su pueblo natal. Procede de una familia de nivel socioeconómico medio. Mediano de 3 hermanos.

Las relaciones con su familia de origen son cordiales y poco afectivas con déficit de comunicación. No había buscado con anterioridad ayuda psicológica ni psiquiátrica, siendo esta la primera vez que realizaba una consulta a un profesional por problemas de pareja derivados del tiempo que dedicaba al deporte y su incapacidad de sentirse bien si no era entrenando. Peligraba su relación dándose la circunstancia de que en el momento de la evaluación su pareja se encontraba embarazada de 5 meses.

El sujeto realizó la siguiente descripción de su problema: "Mi pareja y yo tenemos problemas. Discutimos mucho, cada vez más desde que yo tengo mi espacio para entrenar y no nos ponernos de acuerdo sobre mis actividades deportivas. Yo pienso que se siente celosa de que tenga mi propio grupo de amigos con los que corro habitualmente porque hasta que descubrí los beneficios de correr yo amoldaba mi tiempo libre al suyo y siempre estaba por y para ella. Hace un año que comencé a hacer *jogging* y cada vez me ha enganchado más. Hasta ahora lo hemos llevado más o menos bien, pero está embarazada de cinco meses, de baja y yo siento una presión por su parte para que dedique menos tiempo al deporte. Lo he intentado pero soy incapaz, cuando decido renunciar al entrenamiento diario me siento irritable y de mal humor, por lo que acabamos discutiendo y la única forma de sentirme bien es saliendo a correr aunque sea yo solo por la noche porque mi grupo de entrenamiento sale a correr a las 20 h. He llegado a salir a las 23 h. después de una discusión, por lo que no se si mi afición al deporte es una necesidad o la adicción que dice mi pareja. La situación ha empeorado desde que está

embarazada, porque antes muchos fines de semana yo me iba a hacer carreras por distintos pueblos y ella me acompañaba, pero ahora no puede venir y yo necesito seguir yendo porque las carreras me dan la vida".

Historia y evolución del problema

El problema se inició hacía un año aproximadamente. Conoció a su actual pareja recién trasladado de nuevo a su pueblo y comenzaron una relación muy exclusiva iniciando la convivencia a los seis meses. Entonces ella no trabajaba y hacían todas las actividades de la casa y de ocio juntos, entre éstas *jogging* dos tardes a la semana.

Cinco meses después ella consiguió un trabajo a media jornada en una clínica de odontología con horarios de tardes de 16 a 20 h que en la práctica podían extenderse hasta las 21 o 22 h, por lo que no pudo seguir practicando deporte con él.

El cliente entabló contacto con un grupo de conocidos que practicaban juntos y que se reunían los lunes y jueves a las 20 h para entrenar y preparar maratones. Al poco tiempo comenzó a correr él solo el resto de días de la semana durante el tiempo en que su pareja trabajaba. Los conflictos de pareja comenzaron cuando varias noches de la semana él llegaba a casa de correr más tarde que ella del trabajo y aumentaron cuando el cliente comenzó a dedicar sábados y domingos a realizar carreras con el grupo en distintos pueblos y enclaves geográficos. La pareja del cliente comenzó a acompañarlo a distintos eventos deportivos en los fines de semana hasta que quedó embarazada y le prescribieron reposo absoluto por embarazo de riesgo.

La práctica del deporte pasó a ser una necesidad en la vida del sujeto: se sentía bien físicamente, se encontraba delgado, atractivo y le era muy útil como vía de esca-



pe ante los sentimientos de frustración que le producía el estrés laboral y los crecientes conflictos con su pareja. Solía decir que el *jogging* era su terapia.

El punto álgido que motivó la búsqueda de ayuda terapéutica tuvo lugar una tarde en la que ella, estando embarazada de dos meses y medio, no podía moverse debido a los vómitos y malestar propios de su estado y el cliente sintió la necesidad acuciante de salir a practicar deporte pese al ruego de su pareja de que se quedara con ella. A su regreso, ella abordó la situación de forma directa mencionando por primera vez el término adicción al deporte. El cliente solicitó ayuda psicológica por insistencia de su pareja y amenaza de la ruptura de la misma.

Instrumentos de evaluación

Se realizó la evaluación con dos entrevistas clínicas dirigidas a recabar los datos para su análisis funcional. Paralelamente se le administró una batería de pruebas con los siguientes elementos:

- ✓ Cuestionario escrito autobiográfico.
- ✓ *Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008). Consta de dos escalas de 20 ítems cada una, que miden la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. La escala de respuesta es de tipo Likert con cuatro alternativas, y los índices de consistencia interna oscilan entre 0,90 y 0,93 en la ansiedad estado y entre 0,84 y 0,87 en la ansiedad rasgo.
- ✓ *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Kovacs y Weissman, 1979), versión adaptada a la población española de Sanz, Navarro y Vázquez (2003). El inventario consta de 21 preguntas sobre el estado de ánimo. Cada

una de ellas tiene cuatro alternativas y se debe elegir la que mejor describe el estado habitual de la persona. Presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87, lo que indica una buena consistencia interna.

Variables disposicionales

Entre los rasgos de personalidad del sujeto cabe destacar una marcada introversión —manifestada con déficit en habilidades sociales y dificultad para expresar sus sentimientos— y elevada ansiedad con poca habilidad para resolver el estrés y las emociones negativas, que trataba de solucionar siempre evitando discutir. En el aspecto visible de su personalidad ofrecía la contradicción de una persona callada y tranquila y al mismo tiempo extremista e impulsiva en opiniones y decisiones.

El paciente tenía antecedentes familiares por trastorno de ansiedad. No fumaba, cuidaba su alimentación y desde siempre había dado mucha importancia al aspecto y a la belleza física.

Análisis funcional

Los estímulos externos que desencadenaban la conducta adictiva eran ambientales —los momentos de aburrimiento, los conflictos y dificultades diarias inherentes a su trabajo cara al público y a las presiones de sus superiores— y en el área de pareja llegar tarde por las noches por estar haciendo deporte, el ordenador —búsqueda compulsiva sobre *jogging* y carreras intercomarcales—, comunicar a su pareja su inscripción en carreras —sobre todo si eran en fin de semana— “malas caras” de su pareja por este u otro motivo, discusiones con ella. Por último, los *WhatsApp* y los foros temáticos en internet sobre carreras.



Ante la falta de habilidades internas para gestionar sus frustraciones y conflictos el cliente emitía un patrón de respuestas de escape, mantenido por reforzamiento negativo con una orden de encendido que comenzaba en la respuesta cognitiva –“no puedo con esto”, “me desbordo”, “necesito correr un rato para sentirme bien”–, continuaba con la respuesta fisiológica –tensión muscular, taquicardia, sensación de opresión en el pecho, agobio– y finalizaba con la respuesta motora de evitación y huida mediante la práctica compulsiva del deporte y de otras actividades relacionadas con este –búsqueda de información sobre carreras por Internet, contacto con compañeros del grupo de *jogging*–. Las consecuencias internas de este patrón de respuesta eran una creciente insatisfacción y frustración ante los estímulos desencadenantes con sensación de pérdida de control e inseguridad. Las consecuencias externas se materializaban en conflictos interrelacionales, especialmente con su pareja, que a su vez se convertían en estímulos externos provocando un nuevo episodio ante el que el sujeto emitía el mismo orden de encendido.

Tratamiento

La intervención fue individual y se realizó durante 19 sesiones, incluidas las 3 dedicadas al seguimiento, con una periodicidad de una vez a la semana y una duración aproximada de 50 minutos. El tratamiento se estructuró en las siguientes fases:

FASE 1 (sesiones 1-3): Evaluación del problema y motivación del cliente, realizando dos sesiones de entrevistas iniciales y la cumplimentación de varios cuestionarios y de un autorregistro diario centrado en situaciones estimulantes, reacción fisiológica, detección de pensamientos al respecto, respuesta motora y reacción suya y de su pareja.

FASE 2 (sesiones 4-6): Superación del deseo y síndrome de abstinencia: Se llevaron a cabo modificaciones ambientales para impedir que accediera al deporte o a cualquiera de las actividades relacionadas de manera indiscriminada y sin control. Se fomentaron conductas alternativas e incompatibles y se entrenó en técnicas para aliviar la ansiedad producida por la reducción del tiempo dedicado al deporte. El control de estímulos se centró en que el cliente aprendiera a evitar y prestar atención a las situaciones de riesgo: estar solo en casa con acceso al ordenador, críticas recibidas por su pareja o en el entorno laboral y otras. Junto al control de estímulos se estableció un horario no intrusivo de dos días por semana para la práctica de *jogging*.

FASE 3 (sesiones 7-14): Cambios conductuales y actitudinales. Se siguió trabajando en estrategias de afrontamiento y pautas para el manejo de la pérdida de control. Se entrenó al cliente en reestructuración cognitiva, exposición gradual a los estímulos de riesgo con prevención de respuesta y entrenamiento en estrategias de asertividad para manejar los conflictos interpersonales.

FASE 4 (sesiones 15 y 16): Consolidación y prevención de recaídas, centrada en los objetivos de identificación de situaciones de riesgo, consolidación de aprendizaje y avances logrados y entrenamiento en afrontamiento de situaciones de alto riesgo. En esta fase nació el primer hijo del cliente. Esta situación le generaba cierto estrés por el miedo al cambio de vida y a la pérdida de “libertad” que le suponía.

FASE 5 (sesiones 17-19): Seguimiento. Se realizaron tres sesiones de seguimiento: al mes, a los dos y cuatro meses conducidas por la misma autora del tratamiento. El cliente se adhirió a la intervención, acudió a las citas,



incluso las de seguimiento y mantuvo en todo momento un buen *rapport* con la terapeuta.

Resultados

El cliente estaba motivado y desde la cuarta sesión comenzó a disminuir el tiempo y la frecuencia dedicada al deporte y a todos los estímulos asociados a él. A partir de la décima sesión manifestó que tenía más control sobre sus reacciones impulsivas y de evitación. Usaba con éxito las estrategias aprendidas. Discriminaba entre la necesidad de hacer deporte con la finalidad de reducir sensaciones desagradables y el objetivo de su práctica saludable. Comenzó a enfrentar sus problemas reestructurando el pensamiento y empleando técnicas de asertividad. Su autoestima era mayor que al comienzo del tratamiento.

Entre la sesión 13 y 14 nació el primer hijo del cliente y se produjo una ralentización en el ritmo de aprendizaje y una recidiva de la necesidad de la práctica de *jogging* con la finalidad de reducir las sensaciones de estrés asociadas al nacimiento del bebé. Se sentía inseguro e incapaz de coger a su hijo y reexperimentó sensaciones de agobio al sentir la presencia en su vida de su vástago como una atadura que mermaba su libertad. Sin embargo recuperó en dos sesiones el control sobre su conducta evitativa lo que permitió seguir con una mejoría creciente.

Los autoinformes y autorregistros permitían observar progresivamente una evolución favorable, lo cual se corroboraba por la percepción de mejoría subjetiva del sujeto y su nivel de satisfacción con la terapia y los avances obtenidos. Aunque nunca dejó de practicar deporte por completo, casi desde el principio consiguió ser consciente de la diferencia entre entrenar para sentirse mejor o entrenar para dejar

de sentirse mal o aliviar sus sensaciones negativas. Los cambios a nivel clínico fueron significativos: En el curso del tratamiento y posterior seguimiento se constató que el cliente tenía un control óptimo sobre su conducta ante la práctica del deporte: seguía corriendo dos veces por semana con el grupo de entrenamiento, ocasionalmente salía a correr solo otro día entre semana. No abandonó la práctica de los estiramientos diarios, pero el nivel de ejercicio físico se mantenía sin interferencia en ninguna área importante de su vida y aumentaron significativamente las ocasiones en las que resolvía sus conflictos internos o externos con las estrategias aprendidas, siendo capaz de renunciar puntualmente a una sesión de entrenamiento deportivo sin sentir ansiedad ni malestar emocional. Durante el tratamiento, el sujeto mantuvo su motivación y valoró los cambios realizados.

En el primer seguimiento, un mes después, el cliente tenía un nivel de control satisfactorio sobre las conductas relacionadas con la adicción al deporte. Pese al estrés vivenciado por su recién estrenada paternidad mantenía las dos sesiones de entrenamiento semanal y no sentía la necesidad de correr para resolver sus alteraciones emocionales. Era capaz de controlar sus impulsos y encontrar actividades alternativas a la conducta de correr compulsivamente.

En el segundo seguimiento realizado a los dos meses, el cliente mantenía el nivel de satisfacción registrado en la anterior sesión. Seguía mostrando su adherencia a la práctica del *jogging* pero tanto la frecuencia como la intensidad empleada se encuadraban dentro del hábito de la práctica saludable del deporte.

En el tercer y último seguimiento realizado cuatro meses después del anterior, el sujeto informó de una relativa estabilidad personal y emocional y un adecuado con-



trol de los impulsos mediante las técnicas aprendidas e interiorizadas del tratamiento. Reconoció algún momento de vulnerabilidad y pequeño retroceso coincidiendo con dos situaciones muy estresantes: el ingreso en el hospital de su hijo de 5 meses por convulsiones febriles y un proceso de ERE (Expediente de Regulación de Empleo) iniciado por su entidad bancaria. Sin embargo, en el momento de la última sesión de seguimiento conservaba la sensación de control sobre la práctica del *jogging* y se mostraba convencido del efecto de las atribuciones internas sobre su éxito que había interiorizado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La sociedad en la que vivimos concede gran importancia al aspecto físico y la belleza externa. En los últimos años existe además un creciente interés por los estilos de vida saludables y la vida sana y natural. La alimentación equilibrada, el sueño de calidad y la práctica del deporte aparecen como factores inherentes al bienestar integral. La práctica del deporte constituye una fuente de salud y bienestar. Hay cada vez más individuos para los que el deporte se convierte en una actividad imprescindible llegando a aumentar el tiempo y los recursos dedicados a su práctica hasta llegar a desarrollar una adicción. A menudo es difícil establecer el límite entre lo saludable y lo patológico. Los beneficiosos efectos inmediatos (bienestar físico) y los de medio plazo (mejora de la forma y del aspecto físico) dificultan la detección de la adicción que puede diagnosticarse bastante tiempo después de haber comenzado el proceso. Como en el resto de adicciones tóxicas y no tóxicas, el no reconocimiento del problema por parte del afectado supone un obstáculo

para la intervención temprana. El sujeto suele tomar conciencia cuando la pérdida de control sobre el objeto diana provoca graves alteraciones en su vida interfiriendo en otras áreas y comprometiendo su bienestar integral.

En el caso analizado en este artículo observamos un sujeto con marcada vulnerabilidad al desarrollo de adicciones: El cliente presentaba dificultades para relacionarse socialmente, tenía pobre habilidad en el manejo del estrés y de las emociones negativas y poca tolerancia a la frustración. Había desarrollado una relación de dependencia emocional con su pareja. Necesitaba estar con ella todo su tiempo libre, realizaban juntos hasta las más pequeñas gestiones. Tenía una relación de exclusividad y una actitud de sumisión y repliegue ante ella. Cuando su pareja encontró un trabajo que le impedía pasar todas las tardes con él desvió hacia el deporte la angustia y la ansiedad que le producía la soledad. El sujeto compaginó ambas adicciones hasta que la presencia de una de ellas —el deporte— comenzó a interferir en la otra —relación de pareja— creando nuevas situaciones de estrés que él resolvía haciendo más deporte. El embarazo de su mujer incrementó los niveles de tensión y afortunadamente el cliente solicitó ayuda y su grado de motivación para el cambio permitió una buena evolución del problema.

A partir de este estudio de caso podemos concluir que la adicción al deporte presenta características similares a la de otras adicciones: falta de control sobre una conducta que afecta a otras áreas vitales del individuo, interfiriendo en su relación de pareja y poniendo en serio riesgo la estabilidad de la familia. El cliente informaba de una necesidad de salir a correr a sabiendas de que esta actitud estaba interfiriendo en su relación de pareja



y de que no podía cambiar esta dinámica. El malestar ocasionado por la práctica excesiva del deporte era causa a su vez de una nueva e imperiosa necesidad subjetiva de salir a entrenar nuevamente. La toma de conciencia del grado de adicción desarrollado, su motivación y el apoyo familiar fueron determinantes en el proceso de rehabilitación del cliente.

Una población especialmente vulnerable a este tipo de adicción no tóxica es la de los jóvenes –desde la adolescencia hasta el periodo universitario–. En sus medios escolares, académicos y sociales la práctica del deporte es muy popular y los beneficios obtenidos a corto plazo son sumamente atractivos. A ello hay que añadir que el consumo de tóxicos suele cursar con incompatibilidad para realizar ejercicio físico y practicar deportes de forma intensa. Esto conlleva a menudo el refuerzo de padres y tutores que asocian esta actitud de pasión extrema al deporte con salud física y mental, aliviando sus temores de que sus hijos desarrollen cualquier tipo de drogodependencia. Ello hace que no detecten las señales de alarma en sus hijos y pasen por alto las primeras fases del desarrollo de esta adicción –insistencia de querer entrenar diariamente aunque se esté lesionado, por ejemplo–, reforzando por el contrario conductas que indican la presencia de una adicción.

Entendemos que hasta el momento no se ha abordado de forma intensa este problema. Los pocos artículos científicos originales, revisiones bibliográficas y estudios de caso al respecto indican la relativa juventud del estudio e investigación en esta y otras adicciones no tóxicas –afectivas, sexo...– y ponen en evidencia la necesidad de prestar más atención a estos procesos adictivos mediante más información y prevención al respecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, J. y Kirkby, R. (2002). Excessive exercise as an addiction: A review. *Addiction Research and Theory*, 10, 415-437.

Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003). *Las nuevas adicciones: internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero*. Barcelona: Kairós.

Alfonso Fernández, F. (2003) *Las nuevas adicciones*. Madrid: Tea Ediciones.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: APA.

Antolín, V.; De la Gándara J.J.; García, I. y Martín, A. (2009). Adicción al deporte: ¿Moda postmoderna o problema sociosanitario? *Norte de Salud Mental*, 34, 15-22.

Beck, A.T.; Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 461-571.

Cáceres Carrasco, J. (2005). La adicción al sexo. *Psicología Conductual*, 13, 405-416.

Castelló, J. (2012). *La superación de la dependencia emocional*. Málaga: Corona Borealis.

Cervera Martínez, G.; Haro Cortés, G. y Martínez Raga, J. (dirs.) (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

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

Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo? *Adicciones*, 24, 281-286.

Fidel Kinori, G.; Roncero Alonso, C. y Casas Brugué, M. (2004). Adicción de sus-



tancias y trastornos de la personalidad. En: M. Roca Bennasar (coord.), *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars Medica. pp. 285-312.

Hazan, C. y Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. En: J. Cassidy y P.R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press.

Keren, E. y Maysseless, O. (2013). The freedom to choose secure attachment relationships in adulthood. *Journal of Genetic Psychology*, 174, 271-290.

Marset, M. y Ritter, C. (2004). Características de personalidad del drogodependiente: implicaciones para nuestra relación profesional. Un modelo de intervención en medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6, 86-89.

Moral, M.V. y Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33, 150-167.

Sánchez Zaldívar, S. y Iruarrizaga Díez, I. (2009). Nuevas dimensiones, nuevas adicciones: la adicción al sexo en Internet. *Intervención Psicosocial*, 18, 255-268.

Sanz, J.; Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): I. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.

Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. 7ª ed. Madrid: Tea Ediciones.

Zapf, J.L.; Greiner, J. y Carroll, J. (2008). Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Adicction and Compulsivity*, 15, 158-175.